

Compte rendu de la réunion plénière de la Commission nationale de la naissance et de la santé de l'enfant (CNNSE) du 13 mars 2012

Participaient à la réunion

- Madeleine AKRICH	CIANE
- Mariam ARVIS	DSS/1B
- Julie BARROIS	Secrétariat de la CNNSE, DGOS/R3
- Anne-Marie DE BELLEVILLE	Réfèrent ARS périnatalité
- Samah BEN ABDALLAH	FEHAP
- Jaya BENOIT	Personnalité qualifiée
- Roselyne BÔQUET	DGOS/ adjointe au chef du bureau R3
- Gérard BREART	Personnalité qualifiée
- Odile BRISQUET	DGOS/ Chef du bureau R3
- Marc BRODIN	FNEHAD
- Brigitte CHABROL	Société française de pédiatrie
- Bertrand CHEVALLIER	Vice-président de la CNNSE
- Aude CHEVALLIER-SAUZON	FEHAP
- Michel COLLET	Société française de médecine périnatale
- Sébastien COLSON	Association nationale des puéricultrices diplômées et des étudiantes
- Gisèle CRIBALLET	Fédération française des réseaux de santé en périnatalité
- Christian DOGNIN	Fédération des gynécologues-obstétriciens des CH
- Chantal DUCROUX-SHOUWEY	CIANE
- François EDOUARD	UNAF
- Sophie GUILLAUME	Collège national des sages-femmes
- Martine HUOT-MARCHAND	Personnalité qualifiée
- Marie-Josée KELLER	Conseil national de l'ordre des sages-femmes
- Jacqueline LAVILLONNIERE	Association nationale des sages-femmes libérales
- Joël LECHEVALLIER	Conseil national de la chirurgie de l'enfant
- Brigitte LEFEUVRE	DGS/MC1
- Didier LEMERY	Personnalité qualifiée
- Agnès LORDIER-BRAULT	DGOS/RH, conseillère médicale auprès du sous-directeur
- Nicole MATET	Secrétariat de la CNNSE, DGS/MC1
- Françoise MOLENAT	Société française de psychologie périnatale
- Flore MOREUX	DGS/ adjointe au chef du bureau MC1
- Dominique DE PENANSTER	DGS/MC, sous-directrice
- Patrick POURIAS	DGOS/R, adjoint à la sous-directrice
- Francis PUECH	Président de la CNNSE
- Murielle RABORD	DGOS/R3
- Dominique RAVINET	CNAMTS
- Catherine SALINIER	Association française de pédiatrie ambulatoire
- Hélène SIAVELLIS	DGCS
- Jean TOURRES	Société française d'anesthésie réanimation
- Annick VILAIN	DREES

Intervenants :

- Catherine DENEUX-THARAUX	Inserm, U953
- Patrice DOSQUET	DGOS/MC3
- Joël LECHAVALLIER	CHU de Rouen
- Jean-Christophe MERCIER	Hôpital Robert Debré
- Hedda WEISSMANN	Cnamts

Absents / Excusés :

- Françoise BAS	UNAF
- Patrick BERQUIN	Société française de neurologie pédiatrique
- Françoise BICHERON	Personnalité qualifiée
- Anne-Sophie BOUTHORS	Société française d'anesthésie réanimation
- Nicolas BRUN	UNAF
- Edwige CONTE	Pédiatre des services de PMI du Conseil général 77
- Gilles CREPIN	Académie nationale de médecine
- Dominique DALLAY	Conférence des présidents de CME de CHU
- César DALLOUL	Société française de pédiatrie
- Marie-France GAUCHER	FHP

- Gérard GUILLEMOT	Pédiatre des services de PMI du Conseil général 92
- Thierry HARVEY	Conf. Nat. des présidents de CME de l'hospitalisation privée à but non lucratif
- Pierre-Henri JARREAU	Société française de néonatalogie
- Olivier JOURDAIN	Conférence des présidents de CME de l'hospitalisation privée
- Nicole KLEIN	Directrice générale de l'ARS Aquitaine
- Jean LEBRAT	CNOM
- Dominique LUTON	Collège national des gynécologues-obstétriciens français
- Pierre MARES	Fédération hospitalière de France
- Philippe MATHIEU	Pédiatre des services de PMI du CG 64
- Israël NISAND	Personnalité qualifiée
- Michel NOUGARAIDE	Personnalité qualifiée
- Catherine PACLOT	DGS/MC1
- Jean-Charles PICAUD	Société française de pédiatrie
- Marc PILLIOT	Personnalité qualifiée
- Françoise PLESSIS	CRSA Pays de la Loire
- Danielle PORTAL	Conférence des directeurs de CH
- Patrice POULAIN	Club francophone de médecine fœtale
- Stéphane QUEFFELEC	CIANE
- Jean-Louis ROUDIÈRE	Pédiatre des services de PMI du Conseil général 28
- Jean-Christophe ROZE	Personnalité qualifiée
- Marc Alain ROZAN	Collège national des gynécologues-obstétriciens français
- Elie SALIBA	Société française de néonatalogie
- Olivier SCEMAMA	HAS
- Agnès SIMON	Collège national des sages-femmes
- Gérard SCHMIT	Association française de psychiatrie
- Dominique TURCK	Personnalité qualifiée
- Jeanne-Marie URCUN	DGESCO

Le compte rendu de la séance précédente (15 novembre 2011) est approuvé. Une information est faite sur la mise en ligne prochaine des comptes rendus de la CNNSE, ainsi que des diaporamas présentés en séance, sauf opposition de la part des auteurs.

Présentation sur l'offre de soins en urgences pédiatriques en Ile-de-France par le Pr Mercier (cf. diaporama joint)

Le Pr Mercier présente les résultats d'une enquête menée auprès des établissements d'Ile-de-France sur leurs moyens et leurs activités. Il peut exister des différences entre les chiffres présentés par les services et les chiffres exploités par la tutelle. Par ailleurs on observe une grande variabilité des pratiques: l'âge supérieur de prise en charge paraît très variable et n'atteint que rarement 18 ans (malgré l'instruction contenue dans la circulaire DHOS/O1/DGS/DGAS n° 2004-517 du 28 octobre 2004 relative à l'élaboration des SROS de l'enfant et de l'adolescent) une circulaire DGOS en ce sens); l'âge minimum pour l'anesthésie est également très variable. Les services d'urgences pédiatriques, sont très sollicités (le taux d'occupation en réanimation pédiatrique est ainsi de 95 %), et ont du mal à répondre aux pics d'activité saisonniers ou à s'adapter aux absences de personnels (départs, congés maternité, etc.), ce qui nécessite d'utiliser certains moyens en renfort, comme le SMUR adulte. L'enquête ne permet pas de distinguer la part des urgences vraies de celles ressenties, ni la part des urgences adressées de celles spontanées. La chirurgie pédiatrique organisée autour de chirurgiens pédiatriques est rare en raison de la situation démographique de ces professionnels (cf. 240 chirurgiens pédiatriques sur l'ensemble du territoire). Il serait impossible de la généraliser, faute de masse critique d'activité suffisante. Le manque d'intérêt des jeunes médecins pour les services d'urgence pédiatrique est noté.

Il est signalé que le même travail est en cours de réalisation sur le plan national par la SFP. L'AFPA a de son côté travaillé sur la permanence des soins ambulatoire.

Proposition: adapter les moyens à la réalité des épidémies plutôt que des périodes rigidement déterminées, limiter les passages aux urgences par une amélioration des prises en charge primaires. Le maillage en pédopsychiatrie est à revoir (sectorisation particulière).

Le Pr Chevallier demande à la CNNSE de susciter des réflexions et propositions valables dans toutes les régions de France sur l'articulation ville hôpital,

Présentation sur les échecs de la stratégie de dépistage des dysplasies de la hanche par le Pr Lechevallier (cf. diaporama joint)

En réponse à une recrudescence de dysplasies diagnostiquées tardivement, une plaquette d'information avait été diffusée en 1984. Mais le nombre de diagnostics après l'âge d'un an augmente à nouveau. 70 enfants étaient concernés en 2010. 20 d'entre eux avaient eu les 3 examens prévus entre 0 et 3 mois. Dans près de 30 % des cas, il existe un ou plusieurs facteurs de risque. Dans 86% des cas, c'est l'entourage qui détecte la dysplasie et non le médecin. Les différences régionales sont notables, avec de bons résultats dans les régions de forte prévalence (Auvergne, Bretagne) où les professionnels sont sans doute plus attentifs, ce qui est encourageant.

Les sages femmes font l'examen à la naissance, mais toutes les instabilités ne se confirment pas. Il y a beaucoup de faux positifs mais pas de faux négatifs.

La question est avant tout celle d'une formation insuffisante des médecins. Le dépistage de la dysplasie de hanche repose essentiellement sur l'examen clinique plus fiable que les examens complémentaires (échographie). La classique manœuvre de Barlow n'est pas facile à effectuer (dans le passé, des étudiants ont été formés avec un petit mannequin) et après 1 mois le ressaut n'est plus perceptible. En revanche, la limitation de l'abduction ou l'asymétrie est à connaître de tous.

La direction générale de la santé propose de retravailler la plaquette de 1984, qui doit être réactualisée. Le Collège national des sages-femmes propose son concours.

Présentation des recommandations portée par le chapitre consacré à la politique en périnatalité dans le rapport de la Cour des comptes 2012 (Pr Francis Puech ; Dr Dominique de Penanster)

Le rapport de la Cour des comptes, assez critique, incite à la remobilisation de tous les acteurs du champ périnatal. Il pointe des indicateurs de santé publique dont l'évolution est jugée décevante (décès maternels, évitables, hémorragies du post-partum, indicateurs dans les DOM, femmes en situation de précarité, stagnation de la mortalité infantile -surtout imputable à la mortalité néonatale-), ainsi que certaines insuffisances du système d'information. La direction générale de la santé souligne l'aspect conjoncturel de la situation en ce qui concerne la mortalité périnatale, qui résulte notamment des modifications introduites à la suite des décisions de la Cour de cassation sur l'enregistrement des mort-nés à l'état civil. Elle compte sur les sociétés savantes, les DIM et les réseaux périnatals pour informer, relayer et mobiliser **tous les professionnels** concernés sur l'instruction du 26 octobre 2011 relative au rappel des modalités d'enregistrement et de codage des mort-nés dans le PMSI. La DREES signale par ailleurs une progression du nombre de remontées du CS8 par les départements et annonce la publication prochaine des données concernant les années 2008 et 2009. L'attention est attirée sur le fait que, moins que la quantité de certificats, c'est la qualité du remplissage de ceux-ci qu'il convient d'améliorer. La dématérialisation des certificats de santé, actuellement en phase d'expérimentation, participera à cette amélioration quantitative et qualitative. Un travail général sur l'amélioration du système d'information en périnatalité sera par ailleurs engagé par la DGS prochainement, en lien avec les acteurs concernés.

Présentation de l'étude « stimulation du travail par l'ocytocine et risque d'hémorragies grave du post-partum » (Dr Catherine Deneux-Tharaux, Inserm U953) cf. diaporama joint

On constate une augmentation de la fréquence de l'hémorragie du post-partum (HPP) dans les pays développés (5 à 10% des accouchements dont 1% de formes graves). Un certain nombre de facteurs de risques sont connus mais ils n'expliquent pas l'augmentation de la fréquence constatée ces dernières années.

Il existe deux types d'indications pour l'administration d'ocytociques :

- pendant le travail, lorsque celui-ci est dystocique, afin d'éviter le recours à une césarienne (63,9% ENP 2010);

- après la naissance pour la délivrance dirigée (réduction des hémorragies de l'ordre de 60%).
Cette indication correspond à des recommandations internationales et nationales et n'est pas remise en cause.

Une étude cas-témoins a été menée par l'INSERM sur l'association entre stimulation du travail par ocytocine et le risque d'HPP grave (population 147 000 accouchements dans 106 maternités de 6 réseaux de périnatalité en 2005/2006).

L'étude menée prend notamment en compte la dose administrée et la durée du travail, qui est en elle-même un facteur de risque pour l'hémorragie. Les résultats montrent une association dose-dépendante entre administration d'ocytocine pendant le travail et risque de survenue d'une HPP grave. Ils montrent également que le sur-risque existe pour des doses utilisées en pratique courante et enfin que l'effet est atténué chez les femmes qui ont reçu une injection dans le cadre d'une délivrance dirigée.

Les professionnels doivent en conséquence en tenir compte pour leur évaluation de la balance bénéfique/risque et avoir moins systématiquement recours aux ocytociques en cas de travail dystocique. Des questions sont posées sur un éventuel effet rebond après une délivrance dirigée (saignements différés ou longs en post-partum) et sur l'utilisation des ocytociques en déclenchement d'accouchement. Une publication sera prochainement faite sur ce dernier sujet.

Les représentants des sociétés savantes représentées (notamment CNGOF, CNSF, SFMP) considèrent nécessaire de rédiger rapidement des recommandations concernant les modalités de recours à l'ocytocine compte-tenu de ces informations

Point sur le nouvel avenant à la convention nationale des sages-femmes (Jacqueline Lavillonnière, ANSFL)

Les négociations conventionnelles ont été marquées par plusieurs points de difficultés : la régulation de l'offre, le renforcement de la prévention, la maîtrise médicalisée, la revalorisation des tarifs. L'avenant est désormais signé, mais les négociations continuent, notamment sur le PRADO, une expérimentation étant menée sur l'ante-partum. Le Pr Puech déplore que ce nouveau volet ait été décidé sans concertation avec les autres professionnels de la périnatalité.

Une discussion s'engage sur les limites du rôle des sages-femmes. Pour Mme Lavillonnière, la sage-femme s'occupe de tous les aspects de la santé du nourrisson qui ne relèvent pas du pathologique : dépistage, prévention, éducation à la santé... La compétence des infirmiers puériculteurs paraît proche. Ceux-ci ne pratiquent cependant pas en ville.

Présentation de Françoise Molénat sur l'entretien prénatal précoce (EPP):

Françoise Molénat rappelle la nécessité d'améliorer l'environnement de la grossesse, de la naissance et de la petite enfance qui passe par l'acquisition d'un « état d'esprit » spécifique. Elle rappelle en particulier l'apport de l'EPP - améliorer la sécurité des femmes enceintes, prévenir l'anxiété parentale par une écoute attentive, valoriser les compétences parentales et veiller à pas les entraver du fait des pratiques professionnelles inappropriées - et revient sur ses difficultés de mise en œuvre. Elle souffre notamment de l'absence d'une formation organisée au niveau national et de l'insuffisance d'orientation de la part de certains professionnels lorsque des situations à risque sont constatées.

L'insuffisance des transmissions entre professionnels, en particulier avec le médecin traitant, reste également un problème. Pourtant, les nouvelles technologies devraient nous y aider. Certaines informations sur un déroulé d'accouchement pourraient pourtant éviter une orientation trop rapide vers une assistante sociale ou un psychologue. Le fait de travailler ensemble autour d'une femme est un facteur thérapeutique majeur et permet en outre aux professionnels de santé d'acquérir une culture commune.

Françoise Molénat souligne l'apport des revues de situations complexes, dont la direction générale de la santé a financé le référentiel de formations de formateurs. Ces séances permettent de revenir, en composition pluridisciplinaire, sur des situations difficiles vécues par les professionnels. Sur la base de l'exposé chronologique des interventions et grâce au repérage des liaisons entre professionnels, des solutions sont trouvées en commun. Un état des lieux de ces actions de formation est en cours.

Etat d'avancement des groupes de travail en cours (Pr Francis Puech et Pr Bertrand Chevallier) :

Une synthèse des travaux du groupe sur les parcours de soins des enfants présentant des troubles des apprentissages est faite à l'issue de ces 3 réunions avec auditions. Les préconisations du groupe, ambitieuses, doivent à présent être priorisées.

Un appel à candidatures est lancé concernant le 2^{ème} volet des travaux sur la santé de l'enfant, qui traiteront des pathologies chroniques. Quatre maladies sont visées : diabète, asthme, épilepsie, obésité. Le champ du handicap sera inclus.

Point d'information sur les travaux de l'ONDPS sur les métiers de la santé de l'enfant (Pr Bertrand Chevallier) :

Le Pr Chevallier, qui représente la CNNSE dans le cadre de ces travaux, rappelle les éléments de la lettre de mission adressée au Pr Berland. Le calendrier est très serré. Il a été choisi de poser l'ensemble des questions de la lettre de mission à chaque personne auditionnée.

Extension du dépistage néonatal au déficit en MCAD (Dr Patrice Dosquet, DGS/MC3)

Un groupe de travail piloté par la direction générale de la santé a été mis en place. La mise en œuvre de la recommandation de la HAS relative à l'extension du dépistage néonatal au déficit en MCAD se heurte à deux problèmes : ce nouveau dépistage nécessite un matériel de laboratoire lourd et l'organisation actuelle du dépistage, qui repose sur des associations régionales, paraît relativement fragile puisqu'elle repose sur la bonne volonté des acteurs et un équilibre financier précaire. La Cnamts, qui finance le dépistage à travers le FNPEIS, a récemment diligenté un audit auprès de l'Association française pour le dépistage et la prévention des handicaps de l'enfant qui fédère les associations régionales. La DGS est en attente de ses résultats.

Une discussion s'engage sur les interprétations possibles des critères de qualité définis par l'OMS permettant de distinguer les dépistages à mener. Il est également souligné l'importance de prévoir l'aval du dépistage.

Point sur le nouvel avenant à la convention nationale des sages-femmes (Marie-Josée Keller, CNOSF) – cf. diaporama joint

Mme Keller complète la présentation précédente faite par Mme Lavillonnière en précisant les critères retenus par la Cnamts pour suivre la répartition géographique des sages-femmes, entre zones sous-dotées et zones sur-dotées. Les zones d'emploi (notion Insee) sont retenues. 6 niveaux sont définis. Parmi les 364 zones, 13% sont considérées comme sur-dotées. Dans ces zones, les sages-femmes n'auront plus la possibilité de s'installer, dès lors qu'elles souhaitent être conventionnées (ce qu'elles sont toutes).

Le Conseil national de l'ordre des sages-femmes a émis plusieurs observations concernant :

- le découpage, qui ne correspond pas aux territoires de santé ;
- les critères, de la répartition géographique, qui ne prennent pas en compte les compétences des sages-femmes (ex : contraception) ;
- l'absence de mesures transitoires pour les sages-femmes en formation, à la différence des masseurs-kinésithérapeutes ;
- le délai, très long, pour obtenir une réponse de la part de la CPAM, suite à la demande d'installation ;
- l'absence de voies et délais de recours ;
- l'absence de critères de choix, lorsque plusieurs sages-femmes se retrouvent en concurrence sur une zone.

Point sur le nouvel avenant à la convention nationale des sages-femmes (Hedda Weissmann, responsable du Département des professions de santé Cnamts) cf. diaporama (non présenté en séance) joint

La Cnamts accuse réception du courrier du CNOF. Madame Weissmann établit une distinction entre régulation du conventionnement et régulation de l'installation. Dans le cas présent, il s'agit de la démarche habituelle de conventionnement. La loi donne compétence aux agences régionales de santé pour le découpage en territoires de santé. En l'absence de modèle national, le zonage est très différent d'une région à l'autre. Cependant, pour plusieurs professions (masseurs-kinésithérapeutes, infirmiers, ...), les partenaires conventionnels ont proposé un zonage spécifique à l'Etat. La Cnamts a demandé et obtenu de l'Etat que ce découpage soit repris dans les SROS-PRS. Ces professions comptent de nombreux professionnels, ce qui n'est pas le cas des sages-femmes, qui ne sont que 4 000. Après discussion avec la profession, le choix s'est porté sur les zones d'emploi. Le critère des 350 naissances correspond quant à lui en gros à l'activité d'une sage-femme. La phase expérimentale doit durer 3 ans, des ajustements seront possibles.

Concernant l'absence de mesures transitoires, la Cnamts estime que, du fait de l'inertie prévisible, la régulation ne sera pas appliquée tout de suite, ce qui permettra aux étudiantes de s'en informer.

Concernant le temps d'instruction des demandes de conventionnement, il s'agit d'un compromis entre procédure rapide et procédure longue et complète. La mise en œuvre s'est correctement déroulée en ce qui concerne les infirmiers. Ce sont les mêmes agents de CPAM qui traiteront les demandes des sages-femmes.

L'incitation à l'installation sera accompagnée par les caisses. Des outils seront mis en ligne pour une meilleure visibilité des zones sous-dotées et des places disponibles.

Madame Keller souligne les insuffisances du zonage. Ainsi, les DOM, qui présentent des indicateurs moins favorables qu'en métropole en matière de périnatalité, sont considérés comme sur-dotés. Les critères du zonage ne sont pas suffisamment fins. Certaines zones sont très étendues ; les sages-femmes ne se déplaceront pas sur 100km pour aller rendre visite à une femme et son nourrisson. Des sages-femmes auront du mal à trouver leur place, alors qu'il leur est difficile d'intégrer des cabinets et que pour la première fois le nombre des sages-femmes hospitalières recule de 5%.

La Cnamts vise un rééquilibrage de la répartition des sages-femmes.

Le Pr Puech regrette quant à lui que les autres professionnels de la périnatalité n'aient pas été associés à cette concertation, les sages-femmes travaillant en étroite collaboration avec eux.

La Cnamts souligne que les ARS pourront tenir compte de la démographie des autres professions. Le nouveau dispositif sera suivi, pourra subir des adaptations. De la même façon, si des tensions sont constatées sur des zones considérées comme sur-dotées, des ajustements pourront être faits. La Cnamts dispose en effet de toutes les données d'activité des sages-femmes.

La Cnamts pourra rendre compte à la CNNSE des évolutions de ce dossier. Concernant le PRADO, la Cnamts informe d'ailleurs la CNNSE qu'un comité rassemblant tous les acteurs sera prochainement mis en place.

Recommandations de bonne pratique de la HAS « Autisme et autres troubles envahissants du développement : programmes et interventions chez l'enfant et l'adolescent » (mars 2012)

Le document, disponible à l'adresse suivante (http://www.has-sante.fr/portail/jcms/c_953959/autisme-et-autres-troubles-envahissants-du-developpement-interventions-educatives-et-therapeutiques-coordonnees-chez-lenfant-et-ladolescent) a été remis en séance.

Rappel concernant le recueil de données relatives à la mortalité par le PMSI (Nicole Matet)

La veille conjointe de l'ATIH et de la DREES montre une montée en charge régulière du taux de remplissage du PMSI, pour les mort-nés. L'exploitation des 10 premiers mois de l'année 2011 (avant publication de l'instruction DGS/DGOS/DREES « mortalité » du 26 octobre 2011) montre une

amélioration de l'exhaustivité des RSA de mort-nés par rapport au nombre de mort-nés estimé à partir des codes Z37 de résultat d'accouchement (45% en 2009, 65% en 2010 et 75% en 2011).
Les efforts doivent cependant être soutenus. Un point d'avancement sera fait sur la totalité de l'année 2011 à l'occasion de la prochaine plénière.

**Prochaine réunion plénière de la CNNSE :
Mardi 12 juin 2012**