



Ministère du Travail, de l'Emploi et de la Santé

Compte rendu

Commission Nationale de la Naissance et de la santé de l'enfant

18 janvier 2011

1- Point sur l'évolution de la CNN en CNNSE

Le président de la CNNSE accueille le Pr Bertrand CHEVALLIER en sa qualité de vice-président de la nouvelle commission et accueille les nouveaux membres.

Les travaux menés par la CNN, à la demande de certains de ses membres, ainsi que l'identification au niveau régional d'un axe Périnatalité et petite enfance ont mis en évidence la nécessité de considérer comme un continuum les thématiques de la grossesse, de la naissance et de la santé de l'enfant. En effet, les interventions, dans ces champs, doivent être coordonnées pour assurer un meilleur suivi et une meilleure prise en charge des mères et des enfants.

Monsieur PINTON fait un point sur l'application du décret du 12 novembre 2010¹ relatif à la création et aux missions de la commission nationale de la naissance et de la santé de l'enfant. A ce jour 3 arrêtés sont en attente de signature (désignation du président et du vice-président, composition et secrétariat de la CNNSE et nomination de nouveaux membres et personnalités qualifiées).

Le Pr CHEVALLIER remercie le Pr PUECH de son accueil et indique qu'il est impressionné par les réflexions et travaux émanant de la CNN. Il souhaite inscrire les réflexions et interventions en matière de santé de l'enfant dans la continuité des travaux engagés, notamment en matière d'organisation des parcours de soins chez l'enfant, de dépistage et de prise en charge des troubles sensoriels.

De son côté, le président précise qu'un certain nombre de thèmes concernant la périnatalité sont à l'ordre du jour : un groupe de travail a été constitué sur le thème périnatalité et précarité. Il se réunit une fois par mois depuis le mois de novembre et devrait conclure ses travaux en juin 2011. D'ores et déjà les thèmes portant sur les modalités d'organisation de la prise en charge des femmes à la sortie de maternité (selon la durée de séjour), les modalités de prise en charge et d'accompagnement des femmes souffrant d'un handicap ou d'une maladie invalidante (thématique qui constituait une mesure du plan périnatalité), le projet de naissance constituent des thèmes de travail identifiés.

Les membres de la CNNSE se félicitent de cette évolution et souhaitent que les avis de la CNNSE soient connus et pris en compte au niveau régional. Il est indiqué en réponse qu'une note précisant les orientations nationales en matière de périnatalité et de petite enfance sera présentée aux chargés des programmes régionaux de santé (PRS) pour les accompagner dans la définition de l'axe périnatalité et petite enfance du programme stratégique régional de santé.

2- Le compte-rendu de la CNN du 10 juin 2010 est adopté.

¹ Décret no 2010-1407 du 12 novembre 2010 modifiant le décret no 2009-1216 du 9 octobre 2009 relatif à la création et aux missions de la Commission nationale de la naissance

3- Mmes Annie ALIES-PATIN et Gwladys NABY – CNAMTS : Présentation d'un programme personnalisé d'accompagnement des femmes à la sortie de la maternité, expérimenté dans 3 départements

Objectifs de ce dispositif :

- 1- Tenir compte de la nécessité d'accompagner et de sécuriser les patients à la sortie de maternité. La durée moyenne de séjour diminue de façon régulière et dans l'ensemble des pays de l'OCDE
- 2- Améliorer l'efficience : la DMS pour un accouchement physiologique est de 3,2 jours dans les 28 pays de l'OCDE pour les accouchements physiologiques, de 2 jours au Canada, de plus de 5 jours en Hongrie et en Suisse
- 3- Répondre aux attentes des femmes en matière d'accompagnement à la sortie de la maternité, hors sortie précoce (au sens de la HAS)

Ce programme a pour but de mettre en relation les patientes et les professionnels libéraux à la sortie de la maternité. Un conseiller de l'assurance maladie, non professionnel de santé, se rend dans l'établissement de santé et propose aux femmes cet accompagnement sans l'imposer. Lorsque la femme accepte, elle est mise en relation avec les professionnels de santé. Pour être éligible, la femme doit être majeure, ne pas présenter de complications, avoir accouché par voie basse et le nouveau-né doit être en bonne santé.

Le dispositif compte plusieurs temps :

- information des femmes pendant la grossesse : lors de la consultation du 8^e mois, l'équipe remplit, après accord de la femme, un feuillet autocopiant comportant des items concernant la mère, le nouveau-né, l'accouchement. Une seule réponse négative empêche l'entrée dans le dispositif
- intervention d'un conseiller de l'AM dans l'établissement de santé: il propose à la femme une liste de noms de sages-femmes dans laquelle la femme choisit
- la prise en charge s'effectue par le professionnel choisi par la femme au domicile de celle-ci

Ce dispositif a été expérimenté dans 4 établissements en 2010 (2 à Versailles, 2 à Annecy) pour tester son acceptabilité par les femmes. Sur une période de 6 semaines, et sur 754 accouchements, 325 femmes étaient éligibles et 180 l'ont accepté.

L'assurance Maladie a prévu l'extension de ce programme (et d'un programme sur l'orthopédie) dans 12 CPAM en 2011. L'Assurance Maladie a inscrit dans sa COG 2010-2013² le développement de l'expérimentation. A terme, les sorties de soins aigus pourraient être concernés par ces programmes, pour éviter le recours à des structures lourdes, peu adaptées à la demande de sortie précoce.

L'Assurance Maladie va mettre à disposition des professionnels un référentiel validé par la HAS.

Débat :

- l'AM a ciblé les sages-femmes libérales, mais n'a associé à la mise en œuvre de ce dispositif ni les médecins généralistes, gynécologues-obstétriciens, pédiatres, ni les services de PMI, ni les réseaux de périnatalité...

² **3.3. Développer des services d'aide à la sortie des établissements et de coordination des soins**

Dans le cadre des services offerts à ses assurés, l'Assurance Maladie développera une gamme de services en santé favorisant la qualité et la coordination des soins :

- Des services d'aide à la sortie d'hospitalisation permettant notamment de coordonner l'intervention des acteurs à la sortie du patient de l'établissement de santé. La première expérimentation portera dès 2010 sur le retour à domicile des femmes en post-partum physiologique. Une seconde expérimentation concernera les sorties d'hospitalisation après intervention orthopédique et d'autres pathologies pourront progressivement

- Les représentants des usagers n'ont pas été associés non plus; de plus ils voient, avec l'intervention d'un conseiller de l'AM, un intervenant supplémentaire auprès des femmes, alors que celles-ci sont en demande d'un suivi par moins d'intervenants
- Le CNSF a participé au groupe de travail mais celui-ci était très cadré, sans pédiatre (2 SF libérales, 2 SF du public, 1 SF de Pmi et 1 représentant des réseaux de santé en périnatalité)
- Le CNOSF déplore que cette expérimentation ait été menée « à la hussarde », que les conseillers de l'Assurance Maladie ne laissent pas nécessairement le choix de la SF à la patiente et qu'il n'y ait pas de transmission médicale organisée vers la SF libérale
- Il est rappelé que l'Académie nationale de médecine, dans un récent communiqué, met en garde contre la survenue d'ictère nucléaire chez le nouveau-né, en cas de sortie très précoce de la mère (on doit rappeler cependant qu'il y a eu très peu de cas rapportés et que le lien avec la sortie précoce n'est pas démontré).
- Ce dispositif s'applique indistinctement aux établissements, sans tenir compte d'organisations locales existant précédemment

Quelques organisations concernant la sortie de maternité sont citées par les membres de la CNNSE

En Aquitaine : si la sortie s'effectue avant J2 : HAD. Si elle s'effectue après J2 : la maternité dispose d'une liste des sages-femmes libérales qu'elle remet aux femmes, en particulier s'il existe un facteur pathologique

A l'Hôpital de Sèvres : la femme est invitée à contacter une sage-femme 8 à 9 jours avant la date du terme et celle-ci passera voir la femme dans les 24 heures suivant l'accouchement

A Strasbourg: il existe une sorte de HAD spécialisée, associant accompagnement médical et aide ménagère, délivrant les mêmes soins à domicile qu'en milieu hospitalier. Il y a nécessité à évaluer ce qui est le plus rentable en termes d'accompagnement et il sera nécessaire de se pencher également sur les sorties précoces (J1 ou J2)

Cependant, les membres de la CNNSE se disent favorables à la définition de modalités d'accompagnement des femmes à leur sortie de maternité, sous réserve de la prise en compte de leurs remarques.

F. Puech prend acte des remarques et réactions des membres de la CNNSE et indique qu'il les partage notamment sur la place du médecin référent dans cette démarche et sur la participation des réseaux périnatalité à cette expérimentation. Il conclut qu'il convient que la CNAMTS entende et prenne en compte ces remarques et associe les professionnels et les usagers avant de procéder à une extension de cette expérimentation.

4- Evaluation du plan périnatalité³ : Elise PROULT, consultante Planète publique (présentation Ppt jointe en annexe)

Contexte de l'évaluation

La France a mis en place, depuis les années 1970, une politique structurante et volontariste en matière de périnatalité se traduisant par trois plans successifs : 1970-1975, puis 1995-2000 et enfin 2005-2007. Ces différents plans marquent l'évolution progressive de la stratégie nationale en matière de périnatalité, du renforcement de la sécurité de l'accouchement et de la naissance, associée à une amélioration de la prévention, au développement d'une prise en charge périnatale plus humaine, en réponse à un besoin d'écoute d'une part et de diversification de l'offre de soins d'autre part. La présente

³ Les travaux d'évaluation seront mis en ligne sur le site du ministère du travail, de l'emploi et de la santé (dossier de A à Z, Lettre P pour périnatalité)

évaluation, initiée par la Direction Générale de la Santé, porte sur la mise en œuvre et les effets du dernier de ces plans, déployé de 2005 à 2008. Elle a été pilotée par une instance pluridisciplinaire regroupant acteurs institutionnels, professionnels de santé et usagers, et présidée par Madame Emmanuelle Jeandet-Mengual (IGAS).

Objectifs et stratégie d'évaluation

La stratégie d'évaluation s'est appuyée sur deux niveaux d'analyse, national et local. Au niveau local, 12 études de territoire, réparties dans quatre régions et un DOM, ont été réalisées. Au total, 32 personnes ont été rencontrées dans le cadre des entretiens nationaux et 163 personnes dans les régions et territoires retenus.

Une enquête téléphonique a été menée auprès de 1 200 professionnels de santé libéraux de ces territoires (71 réponses). Enfin, 11 focus groupes ont permis de rencontrer 107 usagers. L'évaluation a duré d'octobre 2009 à mai 2010.

Il est bien entendu difficile d'établir un lien direct entre l'amélioration de la situation périnatale et la mise en œuvre des mesures du plan. L'important est de savoir si l'ensemble des mesures ont permis de faire évoluer la situation (organisation, prise en compte des besoins des usagers, diffusion et connaissance des bonnes pratiques ...).

Contribution du plan à l'amélioration de la sécurité et de la qualité de la prise en charge en périnatalité :

Au terme de la période prévue par le plan, la totalité du territoire se trouve couverte par les réseaux de santé publique qui ont permis à la fois de relayer et d'amplifier les actions en faveur d'une meilleure prise en charge de la mère et de l'enfant.

Ces réseaux ont privilégié en particulier le partage d'expérience et l'harmonisation des pratiques professionnelles et ont permis, sur leurs territoires, de mobiliser les professionnels autour des questions liées à la sécurité et à qualité de la prise en charge. Cette amélioration s'est traduite par la rationalisation et la progression des transferts et des orientations au cours des dernières années. Il reste malgré tout difficile d'imputer ces évolutions en termes de sécurité au seul plan, tant ce dernier s'est appuyé sur des mouvements antérieurs, comme la mise aux normes des maternités et leur classification par niveau de prise en charge.

Contribution du plan à l'amélioration de l'humanité et de la proximité de la prise en charge en périnatalité : il a développé des conditions favorables à leur mise en œuvre

Les améliorations sont sensibles par la création d'outils et de dispositifs qui favorisent les conditions de prise en charge des attentes des usagers :

- Mise en œuvre de la Commission Nationale de la Naissance et réalisation de l'enquête usagères des maternités (DREES)
- Mise en œuvre d'outils d'écoute, d'information et d'accompagnement : entretien prénatal précoce, carnet de maternité, développement des collaborations médico-psychologiques.

Le plan a favorisé l'amélioration de la prise en compte de la dimension humaine et non uniquement médicale de la périnatalité. Il a permis aux professionnels de trouver un appui explicite et légitime pour déployer plus fortement et plus collectivement des attitudes et pratiques, relevant jusqu'à présent davantage de comportements individuels.

Il existe cependant des limites à ce développement :

- mesures de mise en œuvre trop récente, restant trop sectorielles, au détriment d'une approche plus globale et transversale que le plan souhaitait promouvoir en faisant le lien entre humanité et sécurité. « L'humanité » doit être intégrée à l'ensemble des actes, y compris aux visites obligatoires. La modification des pratiques nécessite du temps

- difficulté rencontrée dans le principe et dans la pratique, à favoriser la représentation des usagers au niveau régional et local (réseaux, groupe de travail du SROS, instances dédiées des établissements de santé ...)
- déploiement limité d'outils qualitatifs de connaissance des usagers. L'enquête DREES de 2006 a représenté une avancée importante, mais est restée plutôt isolée.

Contribution du plan au renforcement de la prise en charge des femmes et des couples les plus en difficultés, au regard de leur accès aux droits et aux soins : il a joué un rôle limité.

Le plan a contribué à faire émerger la nécessité de la prise en charge médico-psycho-sociale : en instituant l'entretien prénatal précoce, il a permis de renforcer la prise en compte de l'environnement des femmes et des couples. Le renforcement du travail en réseau a permis de mieux articuler le travail des professionnels hospitaliers et de PMI. Enfin, ces derniers ont renforcé leur place dans certains réseaux régionaux, ce qui a contribué à déployer la prise en charge médico-psycho-sociale.

Cependant, les moyens financiers ont été peu mobilisés et les mesures prévues par le plan n'ont été que partiellement mises en œuvre. Cette situation conduit à une prise en charge disparate des femmes en situation de vulnérabilité. Ainsi, en fonction de la prégnance des problématiques de vulnérabilité sur le territoire, de l'existence de bonnes volontés locales ou de la stratégie des Conseils généraux, la prise en charge des femmes vulnérables varie très largement.

Les réseaux de proximité, associant les professionnels de ville, hospitaliers et de PMI (ainsi qu'éventuellement des acteurs associatifs) peuvent dès lors apporter une réponse adaptée à la prise en charge des femmes en situation de vulnérabilité, même si les liens sont encore ténus entre les différents acteurs (ville / hôpital, psychiatrie / obstétrique...) et le temps de coordination insuffisamment valorisé pour faciliter l'investissement des professionnels. Le tissage du réseau et l'établissement d'une relation de confiance mutuelle entre professionnels sont en effet cités comme un élément de réussite majeur.

La prise en charge des populations vulnérables doit par ailleurs trouver son équilibre entre une prise en charge spécifique (porte d'entrée unique qui peut être stigmatisante) et une prise en charge au plus près du droit commun (qui nécessite de former un maximum de professionnels aux multiples problématiques de la vulnérabilité). Les permanences d'accès aux soins de santé (PASS) dédiées, diffuses dans les maternités, peuvent ainsi constituer une réponse que les PASS généralistes ne semblent pas à même d'apporter. Il semble plus efficace aux professionnels d'aborder la question de la vulnérabilité au sein des services d'obstétrique et des maternités que par un dispositif dédié à la précarité et couvrant toutes les spécialités médicales.

Enfin, on peut noter un certain manque de complémentarité entre les différents documents structurants portant sur, ou intégrant, la problématique de la précarité : les programmes régionaux d'accès à la prévention et aux soins (PRAPS) intègrent peu le volet périnatalité, de même que les documents relatifs aux addictions et à la nutrition y font peu référence.

Contribution du plan à l'articulation des différents acteurs : il a accompagné le renforcement opérationnel de leurs interventions

Le plan n'a pas limité les difficultés d'articulation inhérente à la multiplicité et à la diversité des acteurs et des décideurs (services de l'Etat, Conseils généraux, assurance maladie). Le déploiement modeste des actions prévues par le plan pour favoriser la coordination des services de PMI, entre eux et avec les autres acteurs, est représentatif de la difficulté d'animer des services dont les moyens et l'intervention dépendent de la volonté politique locale.

Ce mode d'organisation n'a pas non plus empêché les acteurs qui le souhaitent de s'engager sur des travaux communs, principalement dans le cadre des réseaux de santé en

périnatalité, qui se développent grosso modo de façon concentrique (hôpitaux publics, puis hôpitaux privés, puis services de PMI, puis secteur ambulatoire).

Les volets « périnatalité » des SROS de 3ème génération sont le reflet du plan périnatalité et déclinent ses mesures sur les territoires de façon cohérente, tout en les adaptant au contexte local. Les PRSP en revanche, pourtant très riches en termes de thématiques, laissent peu de place aux questions spécifiques de la périnatalité.

Le plan n'a pas permis de rendre le système d'information périnatal plus performant

Le système d'information français aboutit à des données fragmentées, fragiles, et dont le regroupement est consommateur de temps et d'énergie. La période 2004-2010 se caractérise pas une dégradation de la situation française quant à la production d'indicateurs essentiels en matière de périnatalité, du fait de l'irrégularité des enquêtes nationales périnatales, de l'impossibilité de produire aujourd'hui une situation complète de l'état de santé des nouveau-nés et de l'absence de progrès sur le traitement des certificats de santé du 8ème jour (CS8). Les perspectives récentes de dématérialisation des certificats de santé sont malgré tout positives mais n'étaient pas envisagées dans le plan.

Des recommandations stratégiques (visant à finaliser la mise en œuvre des mesures peu ou non engagées, à améliorer l'humanité et le développement de réseaux de proximité) et des recommandations plus opérationnelles sont proposées pour poursuivre la mise en œuvre du plan tout en garantissant l'équilibre souhaité entre sécurité et proximité.

Échanges :

M. Crépin indique qu'en matière d'indicateurs maternels, il conviendrait de prendre en compte la morbidité maternelle sévère, en plus des décès maternels

S. Guillaume demande à quel moment le document de la CNN sur les grossesses physiologiques en maternité sera diffusé, car il contribuerait à diversifier les modes de prise en charge (réponse apportée au § questions diverses)

Mme Comte rappelle que les services de PMI sont très mobilisés sur l'ensemble des mesures du plan

Mme Bouthors : le plan a permis de faire un pas en avant dans la mesure où on peut définir le risque et différencier les modalités de prise en charge de femmes présentant une grossesse physiologique ou une grossesse pathologique.

J.C. Rozé : souligne l'impact de la montée en charge de la tarification à l'activité qui a pu représenter un frein dans la mise en œuvre des mesures du plan portant sur les modalités de prise en charge en maternité.

5- Présentation des recommandations de bonnes pratiques de la HAS « Grossesses à risque : orientation des femmes enceintes entre les maternités en vue de l'accouchement » : Pr Fabrice PIERRE, président du groupe de travail et Dr Ebert THOMAS, chef de projet (recommandations HAS jointes).

Ces recommandations de bonnes pratiques ont été élaborées par la HAS à la demande de la Direction de l'hospitalisation et de l'organisation des soins (DHOS). Elles s'inscrivent dans le cadre du Plan périnatalité 2005-2007. Elles concernent l'orientation des femmes enceintes en vue de l'accouchement en fonction du type de maternité (de niveau I, II ou III), en cas de risque avéré obstétrical, foetal ou maternel.

Elles complètent les recommandations de la HAS sur le suivi et l'orientation des femmes enceintes en cours de grossesse en fonction des situations à risque identifiées. Des recommandations sur l'organisation et la réalisation des transferts des femmes enceintes en urgence, en raison de la survenue d'une complication ou d'un risque avéré, seront produites en complément.

Il n'existe aucune recommandation de ce type et peu de littérature dans les autres pays. C'est la raison pour laquelle ces recommandations sont fondées sur un accord professionnel.

L'orientation prénatale peut être décidée à l'issue d'une évaluation initiale ou de l'évaluation permanente, réalisée tout au long de la grossesse. Certaines pathologies nécessitent une prise en charge sur des plateaux techniques lourds. C'est la raison pour laquelle il est recommandé de donner à toute femme enceinte, en début de grossesse une information sur l'offre de soins et de prévention existant dans le cadre du réseau périnatal, régional et de proximité. Une attention particulière doit être portée à la nécessaire cohérence dans les discours des différents professionnels de santé.

En cas de nécessité d'orientation, il est recommandé d'informer la femme enceinte sur :

- les événements nouveaux survenus au cours de sa grossesse ;
- les modifications à apporter à la prise en charge ;
- la possibilité ultérieure d'une réorientation vers l'établissement d'origine ou vers un autre établissement, en cas de diminution du niveau de risque avant l'accouchement.

La femme doit être informée, par exemple lors de l'entretien prénatal précoce, des possibilités qu'elle a de bénéficier d'un soutien psychologique (en structure hospitalière ou en ville ; psychologue, psychiatre, en PMI, médecin traitant...).

Les indications d'orientation des femmes enceintes vers une maternité en fonction du risque materno-fœtal identifié traitées dans ces recommandations sont nombreuses et concernent notamment les addictions, l'allo immunisation foeto-maternelle, les anomalies héréditaires de l'hémostase, les cardiopathies maternelles acquises ou congénitales, les cancers, le diabète de type 1 et 2 préexistant, le diabète gestationnel, les grossesses gémellaires, les hémoglobinopathies, les hépatopathies, le risque d'accouchement prématuré à membranes intactes, le haut risque d'hémorragie du postpartum, l'hypertension artérielle, les malformations fœtales, les IMG, l'obésité maternelle, le retard de croissance intra utérin, les pathologies auto-immunes....(se reporter au document de la HAS⁴).

6- La vaccination en maternité : Catherine GUICHARD et Dominique ESCOUROLLE (présentation Ppt jointe).

Un point d'information sur la campagne de vaccination contre la **grippe saisonnière** est fait en amont de cette présentation. En effet, le HCSP a rendu, le 29 décembre 2010, un avis relatif à l'actualisation de la stratégie vaccinale contre la grippe 2010-2011. Il recommande que les **femmes enceintes et les personnes obèses** soient rapidement vaccinées. Cet avis, ainsi qu'un aide mémoire sur la vaccination antigrippale, sont distribués en séance. Ils seront joints en annexe à ce compte-rendu.

Cette présentation a pour objet de mobiliser les professionnels sur la question de la vaccination pour protéger le fœtus, le nouveau-né et le nourrisson contre des maladies infectieuses potentiellement graves (coqueluche, grippe, hépatite B, rougeole, rubéole, tuberculose, varicelle). La vaccination concerne les **mères en post-partum, l'entourage du nouveau-né** (père, fratrie..), **les nouveau-nés** exposés à certains risques mais aussi **les professionnels intervenant en maternité** qui sont susceptibles de transmettre une infection (vaccinations obligatoires et recommandées).

Le constat est que les recommandations sont insuffisamment connues des professionnels et donc des familles (exemple de la coqueluche : seuls 8% des parents sont à jour), et partiellement appliquées pour le nouveau-né et son entourage.

⁴http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2010-04/grossesses_a_risque_-_recommandations.pdf

Tuberculose :

Depuis le 17 juillet 2007, le BCG n'est plus obligatoire mais il reste fortement recommandé pour les enfants les plus exposés au risque de tuberculose (liste détaillée dans le Ppt). Pour ces enfants les plus exposés, la **vaccination BCG doit être réalisée au plus tôt**, si possible à la naissance ou au cours du premier mois de vie et la recommandation s'applique jusqu'à l'âge de 15 ans.

Hépatite B :

Il existe un risque élevé de transmission de la mère porteuse du virus de l'hépatite B au nouveau-né qui entraîne des conséquences graves pour celui-ci (évolution vers une hépatite chronique). Une sérovaccination évite le risque de contamination dans 90% des cas. Des recommandations existent⁵ mais sont imparfaitement appliquées: 0.3 % des cas notifiés dans le cadre de la déclaration obligatoire d'une hépatite aiguë symptomatique (en 2004-2008) concernent des nouveau-nés de moins d'un an, nés de mère positive pour l'antigène HBS (Ag HBs), n'ayant reçu aucune sérovaccination.

Une réglementation et des recommandations existent et doivent être rappelées :

- **le décret du 14 Février 1992** a instauré une obligation de dépistage de l'Ag HBs lors du 4ème examen prénatal.
- **La circulaire de 2004⁶** qui précise ce qui est attendu des établissements de santé pratiquant des accouchements
- La poursuite du **schéma vaccinal 0-1-6 mois**. (cf calendrier vaccinal 2010), et contrôle efficacité à 9 mois

Rubéole :

L'infection rubéoleuse pendant les premiers mois de grossesse peut être responsable de morts fœtales ou de rubéoles congénitales malformatives (œil, oreille, cœur, SNC).

Le réseau Renarub⁷ surveille les cas d'infections rubéoleuses (IR) survenues chez les femmes enceintes et les cas de rubéole congénitale (RC) survenues chez les nouveau-nés. Le nombre d'IR diagnostiquées durant la grossesse a baissé depuis 2000 et est depuis 2006 inférieure à 10 cas par an, ce qui représente le taux le plus bas observé depuis la création du réseau Renarub (1976).

Des recommandations vaccinales existent avec le vaccin trivalent ROR chez toutes les personnes nées depuis 1980. Les femmes nées avant 1980 non vaccinées contre la rubéole et pour qui celle-ci est recommandée devraient recevoir une dose de vaccin ROR. Il est d'autant plus important de rappeler les recommandations existant en matière de vaccination (vaccin ROR)⁸ des jeunes filles

La grossesse constituant une contre indication à cette vaccination, le calendrier vaccinal recommande que **celle-ci soit réalisée chez les femmes dont la sérologie prénatale est**

⁵ Comité des vaccinations 2010

⁶ Vérifier systématiquement à l'admission pour l'accouchement le résultat du dépistage de l'Ag HBs et de pratiquer ce dépistage si les documents disponibles n'en font pas état ;
Disposer en permanence d'immunoglobulines spécifiques antiHBs et de vaccins contre l'hépatite B ;
Informers la mère et inciter à la sérovaccination du nouveau-né, né de mère séropositive pour le VHB ;
Traiter le nouveau-né, dans **les 24 heures après la naissance**.

⁷ <http://www.invs.sante.fr/surveillance/renarub/index.htm>

⁸ « Réceptives » nées depuis 1991 => 2 doses de ROR

« Réceptives » nées entre 1980 et 1991 => 1 dose de ROR

« Réceptives » nées avant 1980 = 1 dose de ROR (séro pré et postvaccinales non utiles ; si déjà deux doses, pas de revaccination quelle que soit la sérologie

négative ou inconnue, en postpartum immédiat (à la maternité +++ ou dès la sortie) en précisant à la femme qu'une grossesse doit être évitée dans les 2 mois qui suivent la vaccination (contraception).

Stratégie du cocooning (Des exemples de stratégie de vaccination de cocooning figurent dans la présentation Ppt jointe) :

La stratégie dite du « cocooning » semble mal connue par les professionnels et la population concernée. Elle **vise à protéger les nourrissons**, pas encore ou incomplètement vaccinés, **par l'immunisation de leurs parents, fratrie et de leur entourage proche** (familial et professionnels en contact avec les nourrissons) pour éviter leur contamination.

Coqueluche :

- ❖ Futurs parents **et à l'occasion d'une grossesse** (pendant celle-ci pour le père, la fratrie, les adultes en charge du nourrisson, en post-partum immédiat pour la mère)
- ❖ **Professionnels en contact avec le nouveau-né**: personnel médical et paramédical (y compris en formation) en néonatalogie, pédiatrie ainsi que le personnel intervenant dans la petite enfance
- ❖ En complément du cocooning un **rappel est recommandé** à 26/28 ans (dTcaP) si vaccination > 10ans

Grippe

- ❖ Protection +++ des nourrissons (naissance-6 mois) car il existe des formes graves (hospitalisation, décès) et une absence de thérapeutique spécifique dans cette tranche d'âge
 - Calendrier vaccinal **2010** : vaccination de l'entourage familial des nourrissons présentant des Facteurs de risque : en particulier prématurés et enfants atteints de cardiopathie congénitale, de déficit immunitaire congénital, de pathologie pulmonaire, neurologique ou neuromusculaire.

Rougeole

- ❖ Contexte d'endémie au niveau national depuis 2009 avec un décalage de la maladie aux dépens des enfants de moins de un an (dont 55% < M9). Une étude séro-épidémiologique est en cours (2010).

En conclusion, deux points importants méritent d'être soulignés pour favoriser la réalisation des vaccinations à la maternité:

- Vérifier le statut vaccinal et l'information donnée au cours de la grossesse à la femme et à son entourage
- Sensibiliser et former les professionnels à la vaccination en post partum mais également aux recommandations vaccinales pour les professionnels dans les milieux à risque comme la maternité

Enfin, il est indiqué qu'un arrêté du 10 janvier 2011⁹ autorise les sages-femmes à pratiquer les vaccinations contre la rubéole, la rougeole et les oreillons, la Vaccination contre le papillomavirus humain et celle contre le méningocoque C.

Référence : le calendrier vaccinal en cours est disponible sur le Site internet du ministère ou sur le site de l'Institut national de veille sanitaire (InVS) qui publie un bulletin épidémiologique spécifique (BEH) :

<http://www.sante.gouv.fr/calendrier-vaccinal-detaille-2010.html>
http://www.invs.sante.fr/beh/2010/14_15/beh_14_15.pdf

⁹ Arrêté du 10 janvier 2011, publié au Journal Officiel du 14 janvier, modifiant l'arrêté du 22 mars 2005 fixant la liste des vaccinations que les sages-femmes sont autorisées à pratiquer.

7- Questions diverses

Documents grossesses physiologiques :

Madame PODEUR a donné son accord à la diffusion du document sous réserve de 2 modifications et de l'accord du cabinet pour la mise en ligne sur le site internet du ministère de la santé :

- elle demande que le terme « filière » soit substitué au mot « pôle », ce dernier faisant référence à des modalités d'organisation spécifiques aux établissements publics de santé
- elle souhaite également que, dans le cadre d'une sortie de maternité après accouchement physiologique, celle-ci ne se fasse pas en HAD

Les membres de la CNNSE invités à réagir donnent leur accord à ces modifications.

Point sur les Maisons de naissance :

A ce stade, la disposition législative permettant cette expérimentation n'existe pas encore. Le Gouvernement avait introduit le principe et les conditions de l'expérimentation des maisons de naissance dans le projet de loi de financement de la sécurité sociale 2011 mais cette disposition bien qu'adoptée par le Parlement a été censurée par le Conseil constitutionnel pour des motifs de forme (elle n'avait pas d'effet ou un effet trop indirect sur les dépenses des régimes obligatoires de base ou des organismes concourant à leur financement).

Le CIANE demande quel est le sort des structures qui étaient prêtes à se lancer dans l'expérimentation et cite l'exemple du CALM : il est répondu qu'un autre vecteur législatif doit être trouvé tout en précisant qu'il existe déjà dans certaines maternités des espaces physiologiques ayant pour objectif la diversification des conditions de prise en charge. Contrairement au projet d'expérimentation de maisons de naissance, il n'y a pas de création de nouvelle structure, l'espace physiologique fait partie du service de maternité et les personnels qui y travaillent sont ceux de l'établissement de santé.

Point sur les lactariums :

Par l'article 52 de la loi HPST du 21 juillet 2009, le législateur a voulu rénover le cadre de l'activité des lactariums et a transféré la compétence de leur autorisation du préfet de département au directeur général de l'Agence régionale de santé.

Le décret n° 2010-805 du 13 juillet 2010 relatif aux missions, à l'autorisation et aux conditions techniques d'organisation et de fonctionnement des lactariums et l'instruction DGOS/R3/2010/459 du 27 décembre 2010 relative à l'autorisation et à l'organisation des lactariums viennent préciser les modalités d'autorisation et d'organisation des lactariums (documents remis en séance et joints à ce compte-rendu).

Les axes de rénovation portent sur une meilleure intégration de cette activité dans l'offre de soins sur la base d'un état des lieux régional permettant d'identifier l'existant et les besoins, l'assurance de la qualité et de la sécurité du lait maternel par un suivi et un contrôle des ARS en lien avec l'AFSSAPS, l'efficacité du dispositif de collecte, de traitement et distribution du lait maternel pasteurisé en termes de gestion et d'évolution des modalités de financement

La mise en œuvre de la nouvelle procédure d'autorisation des lactariums a pour contrainte des délais très courts puisque les gestionnaires d'un lactarium ou d'une unité de pasteurisation disposent seulement d'un délai de 9 mois à compter du 16 juillet 2010 pour demander l'autorisation, soit précisément jusqu'au 17 avril 2011.

Un point sur la délivrance des autorisations pourra être fait avec le concours de l'AFSSAPS lors de la séance du CNNSE prévue à l'automne.

IHAB

Le Pr Puech informe la CNNSE que la COFAM et l'IHAB se séparent et qu'il est créé une association loi 1901 sous le nom d'IHAB France.

Un financement de l'IHAB est toujours recherché : F. Puech rencontrera un membre du cabinet de M. Bertrand et de Mme Berra le 2 février 2011. Il rappelle qu'à ce jour, 12 maternités ont été labellisées et que 20 autres sont en attente (notamment en région Nord Pas de Calais) et qu'enfin 9 demandent à être évaluées. L'UNICEF est prêt à rejoindre la démarche avec le ministère chargé de la santé lorsqu'une solution financière pérenne sera trouvée.

Prochaine réunion de la CNNSE**Mardi 22 mars 2011****de 14h 30 à 17h30****Salon bleu****20 avenue de Ségur – 75 007 P aris**

Participaient à la réunion

- Patrick AMBROISE	DGS/MC1
- Madeleine AKRICH	CIANE
- Julie BARROIS	DGOS/R3
- Françoise BAS	UNAF
- Jaya BENOIT	Personnalité qualifiée, médecin de l'éducation nationale
- Samah BEN ABDALLAH	FEHAP
- Françoise BICHERON	Personnalité qualifiée
- Chantal BIRMAN	ANSFL
- Roselyne BOQUET	DGOS/R3
- Anne Sophie BOUTHORS	Société française d'anesthésie réanimation
- Gérard BREART	personnalité qualifiée, INSERM
- Odile BRISQUET	Chef du bureau/R3
- Marc BRODIN	FNEHAD
- Nicolas BRUN	UNAF
- Pierre CALLAMAND	Conférence des présidents de CME de CH
- Bertrand CHEVALLIER	Vice-président de la CNNSE
- Michel COLLET	Société française de médecine périnatale
- Gilles CREPIN	Académie nationale de médecine
- Gisèle CRIBALLET	Fédération française des réseaux de santé en périnatalité
- Edwige CONTE	Conseil général 77
- Chantal DUCROUX-SHOUWEY	CIANE
- François EDOUARD	UNAF
- Madame FAVRE-BONTE	HAS
- Sophie GUILLAUME	Collège National des Sages-femmes
- Gérard GUILLEMOT	Conseil général 92
- Jean-François HILAIRE	FHP- MCO
- Thierry HARVEY	Conférence CME hospitalisation privée but non lucratif
- Olivier JOURDAIN	Conférence des présidents de CME de l'hospitalisation privée
- Marie-Josée KELLER	Présidente du CNOSF
- Jean LEBRAT	CNOM
- Brigitte LEFEUVRE	DGS/MC1
- Agnès LORDIER-BRAULT	DGOS/RH2S
- Nicole MATET	DGS-MC1
- Israël NISAND	Personnalité qualifiée, gynécologue obstétricien
- Catherine PACLOT	DGS/MC1
- Jean-Charles PICAUD	Chef de service de néonatalogie HCL
- Philippe PINTON	DHOS- Sous-directeur adjoint de la sous-direction régulation de l'offer de soins
- Marc PILLIOT	Personnalité qualifiée, pédiatre
- Dominique de PENANSTER	Sous-directrice promotion de la santé et prévention des maladies chroniques
- Danielle PORTAL	Conférence des directeurs de CH
- Francis PUECH	Président de la CNNSE
- Dominique RAVINET	CNAMTS
- Elizabeth ROUSSEAU	DSS
- Catherine SALINIER	Association française de pédiatrie ambulatoire
- Aurélie SERRY	CIANE
- Hélène SIAVELLIS	DGCS
- Agnès SIMON	Collège national des sages-femmes
- Jeanne-Marie URCUN	DGESCO
- Bernadette WORMS	DGS –RI 1 - 3

-

Absents / Excusés

- Patrick BERQUIN	Société française de neurologie pédiatrique
- Alain CHANTEPIE	Société française de pédiatrie
- Sébastien COLSON	Association nationale des puéricultrices diplômées et des étudiantes
- Dominique DALLAY	Conférence des présidents de CME de CHU
- César DALLOUL	Société française de pédiatrie
- Christian DOGNIN	Fédération des gynécologues-obstétriciens des CH
- Bernard GIBELO	Association française de psychiatrie
- Lucie GONZALEZ	DREES
- Jean Michel GUYS	Conseil national de la chirurgie de l'enfant
- Martine HUOT-MARCHAND	Personnalité qualifiée, pédiatre, médecin de PMI
- Pierre-Henri JARREAU	Société française de néonatalogie
- Nicole KLEIN	Directrice ARS Aquitaine
- Didier LEMERY	Personnalité qualifiée, gynécologue obstétricien
- Dominique LUTON	Collège national des gynécologues-obstétriciens français
- Pierre MARES	Fédération hospitalière de France
- Philippe MATHIEU	Conseil général 64
- Françoise MOLENAT	Société française de psychologie périnatale
- Michel NOUGAREDE	Personnalité qualifiée, CNGE
- Laurence PLATEL	Association nationale des sages-femmes libérales
- Patrice POULAIN	Club francophone de médecine fœtale
- Jean-Louis ROUDIERE	Conseil général 28
- Marc Alain ROZAN	Collège national des gynécologues-obstétriciens français
- Jean-Christophe ROZE	Personnalité qualifiée, pédiatre
- Olivier SCEMAMA	HAS
- Dominique TURCK	Personnalité qualifiée, pédiatre

Intervenants :

CNAMTS : Annie ALIES-PATIN et Gwladys NABY

Planète Publique : Elise PROULT,

HAS : Pr. Fabrice PIERRE et Dr Ebert THOMAS

DGS-RI: Bernadette WORMS, Catherine GUICHARD, Dominique ESCOUROLLE, Lionel LAVIN.