

# Compte rendu de la réunion plénière de la Commission nationale de la naissance et de la santé de l'enfant (CNNSE) du 15 novembre 2011

## Participaient à la réunion

- Julie BARROIS	DGOS/R3
- Anne-Marie DE BELLEVILLE	Référent ARS périnatalité
- Jaya BENOIT	Personnalité qualifiée
- Françoise BICHERON	Personnalité qualifiée
- Béatrice BLONDEL	INSERM
- Roselyne BOQUET	DGOS/ adjointe au chef du bureau R3
- Anne-Sophie BOUTHORS	Société française d'anesthésie réanimation
- Gérard BREART	Personnalité qualifiée
- Odile BRISQUET	DGOS/ Chef du bureau R3
- Marc BRODIN	FNEHAD
- Nicolas BRUN	UNAF
- Brigitte CHABROL	Société française de pédiatrie
- Bertrand CHEVALLIER	Vice-président de la CNNSE
- Sébastien COLSON	Association nationale des puéricultrices diplômées et des étudiantes
- Gilles CREPIN	Académie nationale de médecine
- Gisèle CRIBALLET	Fédération française des réseaux de santé en périnatalité
- Anne-Marie CURAT	Conseil national de l'ordre des sages-femmes
- Christian DOGNIN	Fédération des gynécologues-obstétriciens des CH
- Chantal DUCROUX-SHOUWEY	CIANE
- François EDOUARD	UNAF
- Marie-France GAUCHER	FHP
- Sophie GUILLAUME	Collège National des Sages-femmes
- Thierry HARVEY	Conf. Nat. des présidents de CME de l'hospitalisation privée à but non lucratif
- Martine HUOT-MARCHAND	Personnalité qualifiée
- Olivier JOURDAIN	Conférence des présidents de CME de l'hospitalisation privée
- Dominique LAFON	INRS
- Joël LECHEVALLIER	Conseil national de la chirurgie de l'enfant
- Brigitte LEFEUVRE	DGS/MC1
- Guillaume LE HENANFF	DGOS/R3
- Dominique LUTON	Collège national des gynécologues-obstétriciens français
- Nicole MATET	DGS-MC1
- Philippe MATHIEU	Pédiatre des services de PMI du CG 64
- Françoise MOLENAT	Société française de psychologie périnatale
- Dominique MONGUILLON	DGOS/RH1
- Flore MOREUX	DGS/ adjointe au chef du bureau MC1
- Israël NISAND	Personnalité qualifiée, gynécologue obstétricien
- Catherine PACLOT	DGS/MC1
- Karine PETITPREZ	HAS
- Jean-Charles PICAUD	Société française de pédiatrie
- Francis PUECH	Président de la CNNSE
- Stéphane QUEFFELEC	CIANE
- Murielle RABORD	DGOS/R3
- Dominique RAVINET	CNAMTS
- Cécile RIVOIRON	ANAP
- Jean-Louis ROUDIERE	Pédiatre des services de PMI du Conseil général 28
- Jean-Christophe ROZE	Personnalité qualifiée
- Catherine SALINIER	Association française de pédiatrie ambulatoire
- Olivier SCÉMAMA	HAS
- Aurélie SERRY	CIANE
- Hélène SIAVELLIS	DGCS
- Marjorie SOUFFLET-CARPENTIER	DGOS/chef du bureau RH1
- Ayden TAJAHMADY	ANAP
- Jean TOURRES	Société française d'anesthésie réanimation
- Annick VILAIN	DREES

## **Absents / Excusés :**

- Françoise BAS	UNAF
- Samah BEN ABDALLAH	FEHAP

- Patrick BERQUIN	Société française de neurologie pédiatrique
- Pierre CALLAMAND	Conférence des présidents de CME de CH
- Michel COLLET	Société française de médecine périnatale
- Edwige CONTE	Pédiatre des services de PMI du Conseil général 77
- Dominique DALLAY	Conférence des présidents de CME de CHU
- César DALLOUL	Société française de pédiatrie
- Gérard GUILLEMOT	Pédiatre des services de PMI du Conseil général 92
- Jean Michel GUYS	Conseil national de la chirurgie de l'enfant
- Pierre-Henri JARREAU	Société française de néonatalogie
- Nicole KLEIN	Directrice générale de l'ARS Aquitaine
- Jean LEBRAT	CNOM
- Didier LEMERY	Personnalité qualifiée
- Pierre MARES	Fédération hospitalière de France
- Michel NOUGARAIDE	Personnalité qualifiée
- Marc PILLIOT	Personnalité qualifiée
- Laurence PLATEL	Association nationale des sages-femmes libérales
- Françoise PLESSIS	CRSA Pays de la Loire
- Danielle PORTAL	Conférence des directeurs de CH
- Patrice POULAIN	Club francophone de médecine fœtale
- Marc Alain ROZAN	Collège national des gynécologues-obstétriciens français
- Agnès SIMON	Collège national des sages-femmes
- Gérard SCHMIT	Association française de psychiatrie

Le compte rendu de la séance précédente (22 mars 2011) est approuvé.

**Présentation de Mme Karine PETITPREZ (Haute autorité de santé) des recommandations sur les « Situations pathologiques pouvant relever de l'hospitalisation à domicile au cours de l'*ante* et du *post-partum* » (cf. diaporama joint)**

Mme PETITPREZ présente également Reco2 clics nouvel outil mis en ligne depuis octobre 2011 permettant de naviguer plus facilement au sein des recommandations : [http://www.has-sante.fr/portail/jcms/c\\_1103133/decouvrez-les-recommandations-cliquables](http://www.has-sante.fr/portail/jcms/c_1103133/decouvrez-les-recommandations-cliquables)

23,5 % des séjours en HAD concernent la périnatalité. Les participants évoquent leurs pratiques de l'HAD :

- Indication importante en *ante partum* (ex. rupture précoce des membranes sans infection)
- sortie précoce (cf. recommandations de l'HAS qui devraient être réactualisées en 2012)

L'HAD est prescrite en prolongement d'une hospitalisation classique. Parfois cependant, l'envoi de sages-femmes du service d'obstétrique est préféré car cette organisation permet un retour d'information qui peut faire défaut lorsque la patiente est transférée vers un service d'HAD non institutionnel.

**Présentation des principaux résultats de l'enquête nationale périnatale (ENP) 2010 par Mmes Béatrice BLONDEL (INSERM U 953) et Annick VILAIN (DREES) - cf. diaporamas joints**

Les participants regrettent que l'organisation des ENP soit irrégulière et soulignent qu'entre les deux dernières enquêtes 7 ans se sont écoulés, ce qui est jugé trop long par tous les participants. Il convient d'allier pérennité et régularité dans ce type d'enquête. Après échanges, le président souhaitant que les enquêtes soient réalisées tous les 3 ans, un consensus se dégage pour proposer une périodicité de 5 ans entre 2 enquêtes.

Des informations manquent par ailleurs sur les ressources des établissements en professionnels médicaux et non médicaux.

Les résultats de l'ENP sont pourtant importants pour les professionnels qui peuvent y voir l'évolution des pratiques et se situer par rapport à elles (ex. : pratique de l'épisiotomie).

L'entretien prénatal précoce (EPP) est insuffisamment développé puisqu'il n'a concerné que 21% des femmes en 2010. La Direction générale de la santé (DGS) précise que, dans le cadre d'une convention 2011, elle a chargé la Fédération française des réseaux de santé en périnatalité (FFRSP) de travailler sur l'amélioration, d'une part de l'information des femmes au début de leur grossesse (via les CAF, les CPAM...), d'autre part de l'information des professionnels de santé susceptibles de prendre en charge

des femmes en début de grossesse sur le territoire du réseau. Il est en effet nécessaire que chaque professionnel de santé, médecin généraliste par exemple, soit en mesure d'orienter les femmes vers des professionnels formés à conduire cet entretien et ayant constitué un réseau à cet effet. La FFRSP doit en outre proposer des supports d'information présentant les objectifs de l'EPP aux réseaux qui n'en disposent pas encore.

L'évaluation des établissements de santé prévue par le Code de la santé publique (CSP L.6122-5) est par ailleurs une occasion de faire le point sur la mise en œuvre de l'EPP.

La Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques (DREES) précise que les résultats de la collecte des certificats de santé de l'enfant au 8e jour (CS8) 2008 et 2009 seront bientôt disponibles et accessibles en ligne sur le site du ministère chargé de la santé.

### **Présentation de la permanence des soins en établissement de santé (PDES) par M. Guillaume LE HENANFF (DGOS, bureau R3)**

En réponse à la demande du Professeur Chevallier, vice-président de la CNNSE, M. Guillaume LE HENANFF, chargé du dossier au bureau R3 à la DGOS, apporte des éclairages sur la mise en œuvre de l'organisation régionale de la PDES.

La loi HPST a reconnu la PDES comme mission de service public. Les directeurs généraux des agences régionales de santé (ARS) sont compétents pour en définir l'organisation et l'attribution territoriale. Ne sont pour l'instant concernés que les médecins et le champ MCO. Il s'agit d'organiser la permanence la nuit, les week-ends et jours fériés, afin d'assurer la prise en charge de nouveaux patients.

La permanence des soins en établissements privés était organisée dans le cadre de contrats de pratique professionnelle (CPP) conclu entre les URCAM et les réseaux de médecins pour la permanence des soins dans ces établissements. A partir du 1<sup>er</sup> janvier 2012, établissements publics et privés seront financés de la même manière pour la PDES (par dotation MIG dans un premier temps, puis Fonds d'intervention régional (FIR) à compter du 1<sup>er</sup> mars 2012).

Un guide sera diffusé aux ARS. L'enjeu de la PDES est l'amélioration de l'accès aux soins aux horaires concernés, de la qualité des prises en charge et de leur accessibilité financière (secteur D). Sur la base d'un état des lieux des gardes et astreintes médicales, les ARS doivent élaborer dans le cadre du SROS PRS un schéma cible d'organisation régionale de la PDES qui doit s'accompagner d'un dialogue de gestion. Les participants soulignent les ressources médicales insuffisantes notamment en ce qui concerne les anesthésistes (qui doivent couvrir un grand nombre de secteurs dans un souci de mutualisation des moyens) et les pédiatres (en nombre limité, notamment dans les zones géographiques fragiles, et peu motivés par la rémunération insuffisamment attractive dans les maternités pour les gardes pédiatriques).

La question de la gestion de la pénurie pédiatrique s'inscrit dans les réflexions régionales en cours. L'organisation de la PDES doit en effet viser à l'optimisation du recours aux ressources médicales disponibles dans les territoires de santé.

### **Présentation du rapport du groupe de travail de l'Institut National de Recherche et de Sécurité « Grossesse et travail – quels sont les risques pour l'enfant à naître » (Dr Dominique LAFON, conseiller médical à l'INRS et coordinateur de l'avis d'experts de l'INRS) – ouvrage distribué en séance, cf. diaporama**

M. LAFON souligne le manque de données et d'études sur le sujet.

M. BREART souligne que le fait de travailler ne constitue pas un risque en soi et qu'au contraire c'est une situation plus favorable pendant la grossesse. M. PICAUD rappelle les difficultés rencontrées par les femmes allaitantes au travail.

Les représentants des usagers estiment que le cas des très petites entreprises est le plus problématique. L'ouvrage de M. LAFON serait à diffuser largement. L'INRS pourrait se rapprocher de l'Anses sur ces questions. Cet ouvrage ainsi que d'autres documents relatifs au travail des femmes enceintes sont mis en ligne à l'adresse suivante : [http://kiosque.inrs.fr/lettre/archives/001/001\\_039.html](http://kiosque.inrs.fr/lettre/archives/001/001_039.html)

**Présentation du nouveau programme des études infirmières et perspectives pour la formation des infirmiers puériculteurs – M. Sébastien Colson (ANPDE), Mme Dominique MONGUILLON et M. Pierre-Benjamin GRACIA (DGOS/RH1)**

Afin de répondre à une exigence européenne, la formation des infirmiers se déroule pour moitié en institut et pour moitié en stage. L'approche se fait par processus (ex : trauma, dégénérescence...) à travers tous les âges de la vie. Le terrain de stage est choisi en fonction du projet professionnel.

Des participants regrettent la disparition du stage obligatoire en pédiatrie et craignent que cette approche par processus ne permette pas de bien acquérir les savoirs nécessaires sur le développement, qui sont propres à la pédiatrie. Les jeunes puériculteurs, en arrivant dans un service de néonatalogie, doivent encore se former plusieurs semaines avant de véritablement pouvoir exercer leurs fonctions.

**Projet de table ronde DGOS/Observatoire national de la démographie des professions de santé (ONDPS) « Les métiers du soin à l'enfant » (Mme Marjorie SOUFFLET-CARPENTIER, DGOS/RH1)**

Les participants soulignent l'intérêt pour les internes de faire un stage en service de PMI. C'est en effet l'occasion de voir l'enfant dans sa globalité et de travailler en équipe. Bien repérer l'organisation de la PMI sera particulièrement utile pour un médecin généraliste qui s'installera par la suite en cabinet. Les médecins généralistes restent assez peu formés en pédiatrie alors que, du fait du manque de pédiatres dans certaines zones, la volonté de leur faire suivre des enfants est ancienne.

En réponse à une remarque regrettant que de nouveaux postes d'internes soient créés dans des CHU qui n'auraient pas la capacité suffisante pour les former, au lieu de CHU disposant de cette capacité, Mme SOUFFLET-CARPENTIER précise que la réforme de l'internat a été profonde. Le nombre de postes a été nettement accru dans certaines régions sous-dotées afin d'inciter les jeunes médecins à s'y installer. En parallèle, l'élargissement des lieux de stages possibles (centres de santé, PMI, cabinet libéral, établissement de santé privé...) vise un double objectif de diversification du parcours de formation et d'augmentation des capacités de formation.

**Etat d'avancement du groupe de travail « Parcours de soins des enfants souffrant de troubles des apprentissages (Dr. Brigitte LEFEUVRE) – cf. diaporama**

Le groupe s'est réuni 3 fois et a procédé à des auditions. La réunion de juin a été consacrée à la définition du champ et du problème posé et les questions de repérage-dépistage, outils existants, formation des professionnels. En octobre : le groupe s'est penché sur la réalité des parcours de soins et la place des divers intervenants : les centres experts, les réseaux, les professionnels. En décembre, les premières propositions ont été formulées : hiérarchisation des prises en charge, personnes ressources, identification de parcours spécifique, information des familles, des professionnels, applications pratiques : déclinaisons régionales, publics vulnérables. La phase de rédaction des propositions et du rapport se déroulera début 2012.

**Benchmark de maternités réalisé par l'Agence nationale d'appui à la performance des établissements de santé et médico-sociaux (Mme Cécile RIVOIRON et M. Ayden TAJAHMADY, ANAP) – cf. diaporama**

La loi HPST du 21 juillet 2009 a confié à l'ANAP la mission d'appuyer les établissements de santé et médico-sociaux et les ARS afin d'améliorer leur performance. Elle a pour objet d'aider les établissements de santé et médico-sociaux à améliorer le service rendu aux patients et aux usagers, en élaborant et en diffusant des recommandations et des outils dont elle assure le suivi de la mise en œuvre, leur permettant de moderniser leur gestion, d'optimiser leur patrimoine immobilier et de suivre et d'accroître leur performance, afin de maîtriser leurs dépenses. L'ANAP fédère les expériences et les compétences du GMSIH, de la MAINH et de la MEAH, auxquelles sont venues s'ajouter des compétences complémentaires.

L'exercice du benchmark vise à identifier les organisations existantes les plus intéressantes en termes de performance afin de les analyser et les faire connaître. Ce travail mené entre mars 2010 et mars

2011 a porté sur 11 maternités volontaires de types II et III des secteurs public ou privé non lucratif. L'ANAP a pu constater que la composition des équipes était très variable d'un établissement à l'autre, de même que l'intensité du partenariat qui le liait à la ville, confirmant ainsi le caractère modulable de la maternité par rapport à son environnement. Il n'y a pas de réponse unique, de modèle. Cette démarche n'a pas de vocation de normalisation ; pour autant elle a permis d'identifier 25 indicateurs susceptibles d'aider au pilotage d'une maternité.

La FFRSP serait intéressée pour participer à ces travaux.

La FHP regrette que le benchmark n'ait pas compris d'établissement du secteur privé lucratif. Mme RIVOIRON précise que très peu de maternités de type I et très peu de maternités du secteur privé lucratif se sont portées volontaires pour participer au benchmark.

Devant les réactions de plusieurs participants qui craignent un mésusage des indicateurs, l'ANAP souligne que ces indicateurs, qui pourront être utilisés par les responsables des maternités pour guider leur action, ne doivent pas être confondus avec ceux des CPOM. Par ailleurs, la question est posée de savoir s'il s'agit de rechercher une meilleure organisation en termes de résultats ou en termes d'organisation

L'ANAP prévoit de finaliser cet outil au 1<sup>er</sup> trimestre 2012. Il sera dans un premier temps communiqué aux 25 maternités participant au projet de performance de l'ANAP (7 régions concernées).

### **Etat d'avancement des groupes de travail en cours (Pr Francis PUECH) :**

- **Périnatalité et précarité**

L'objet de ce groupe de travail est de réaliser un guide pratique destiné à :

- rappeler aux professionnels de santé et du social les dispositifs et les outils sur lesquels ils peuvent s'appuyer ou qu'ils peuvent mobiliser pour identifier, aborder et prendre en charge les situations de précarité rencontrées dans leur pratique professionnelle quotidienne;
- les inciter à prendre les contacts nécessaires et s'organiser pour être en mesure de répondre aux difficultés posées par ces situations.

L'enjeu est de réduire les inégalités d'accès à la prévention et aux soins pour la population des femmes enceintes.

- **Sorties de maternité**

Constituer un document de synthèse destiné en priorité aux établissements de santé, aux professionnels de la naissance et aux réseaux de santé en périnatalité

- qui n'ont pas à ce jour défini de modalités d'information des femmes en amont de la sortie de maternité
- qui ne proposent aucun accompagnement aux femmes au moment de la sortie, ni pour elles, ni pour leur enfant

afin de les amener à définir, parmi les modalités qui sont présentées dans le document, une organisation opérationnelle répondant aux attentes des femmes.

Le document issu des travaux de ce groupe de travail n'a pas pour ambition de s'imposer ni de se substituer aux organisations existantes en proposant UN mode d'organisation ; au contraire, il aura pour objet de présenter l'éventail des types d'organisation en matière d'accompagnement qui ont été portés à sa connaissance et qui ont pu se développer dans différents contextes (démographie et accessibilité des professionnels, exercice libéral, moyens et implication du service de PMI...)

En revanche, il a pour ambition, en présentant les diverses modalités d'accompagnement actuellement mises en œuvre sur le territoire, de :

- poser le principe que chaque femme doit se voir proposer un accompagnement, pour elle et pour son enfant, avant sa sortie de maternité quelle que soit la durée du séjour ; si celle-ci l'accepte, le contact avec le réseau, le professionnel libéral, le service de PMI ...doit être établi avant la sortie

- ce qui nécessite que la maternité ait réfléchi, éventuellement en lien avec l'ARS<sup>1</sup>, aux ressources internes et externes qu'elle peut mobiliser et établit les contacts nécessaires ;
  - qu'elle formalise les modalités de prise en charge et de transmission des informations
  - qu'elle informe chaque femme des possibilités de suivi et de prise en charge ;
  - qu'elle anticipe chaque sortie, précoce ou non.
- Rappeler quelles sont les prestations prises en charge au titre de l'assurance maternité et maladie au-delà
  - Présenter quelques exemples d'organisation susceptibles d'être reprises

**Rappel concernant le recueil de données relatives à la mortinatalité par le PMSI (Mme Nicole Matet)**

Une instruction DGS/DGOS/DREES relative aux modalités de codage des mort-nés dans le PMSI a été signée le 26 octobre dernier et vient d'être adressée aux ARS. Cette instruction sera disponible sur le site [www.circulaires.gouv.fr](http://www.circulaires.gouv.fr) d'ici peu. Elle sera en outre publiée au Bulletin Officiel début janvier 2012. Il est demandé à tous les membres de la CNNSE de diffuser très largement cette instruction dans le cadre des fédérations, des associations, des sociétés savantes, des réseaux... Il convient en effet de mobiliser tout particulièrement les professionnels exerçant en salle de naissance pour que les consignes de codage soient strictement appliquées. C'est à cette condition qu'un indicateur de mortinatalité (et donc de mortalités périnatale) pourra être établi.

**Actualités :**

- Congrès SAF-France les 15 et 16 décembre 2011 à Strasbourg ;

**Questions diverses :**

Demandes de création de groupes de travail sur :

- l'entretien prénatal précoce, dont la généralisation reste insuffisante au vu des résultats de l'ENP 2010 ;
- les commissions des relations avec les usagers, de la qualité et de la prise en charge (CRUQ-PC) qui seraient trop peu connues des professionnels.

**Prochaine réunion plénière de la CNNSE :  
Mardi 13 mars 2012**

---

<sup>1</sup> Cf. note d'orientation aux ARS relative à la mise en œuvre de l'axe Périnatalité et petite enfance du plan stratégique régional de santé adressée aux ARS en janvier 2011 qui précise qu'il est nécessaire *d'anticiper la sortie de maternité et d'organiser la prise en charge en période postnatale : L'anticipation et l'organisation de la prise en charge de la mère et de l'enfant à la sortie de la maternité impliquent la coordination des interventions des professionnels de santé libéraux, des services de PMI, des maternités et des services sociaux mais également celle des pédopsychiatres*