

# Compte rendu de la réunion plénière de la Commission nationale de la naissance et de la santé de l'enfant (CNNSE) du 17 octobre 2013

## Participaient à la réunion :

- Julie BARROIS	Secrétariat de la CNNSE, DGOS/R3
- Françoise BAS	UNAF
- Anne-Marie DE BELLEVILLE	Référent ARS périnatalité
- Françoise BICHERON	Personnalité qualifiée
- Gérard BREART	Personnalité qualifiée
- Bertrand CHEVALLIER	Vice-président de la CNNSE
- Gisèle CRIBALLET	Fédération française des réseaux de santé en périnatalité
- Déborah CVETOJEVIC	DGOS/R3
- Christian DOGNIN	Fédération des gynécologues-obstétriciens des CH
- Anne-Sophie DUCLOY-BOUTHORS	Société française d'anesthésie-réanimation
- Chantal DUCROUX-SCHOUWEY	CIANE
- Bernard DUPONT	Conférence des DG de CHRU
- François EDOUARD	UNAF
- Véronique HOUFFLIN-DEBARGE	Club francophone de médecine fœtale
- Martine HUOT-MARCHAND	Personnalité qualifiée
- Brigitte LEFEUVRE	DGS/MC1
- Didier LEMERY	Personnalité qualifiée
- Agnès LORDIER-BRAULT	DGOS/SDRH
- Nicole MATET	Secrétariat de la CNNSE, DGS/MC1
- Flore MOREUX	DGS/ adjointe au chef du bureau MC1
- Israël NISAND	Personnalité qualifiée
- Anne-Laure NOËL	Association nationale des sages-femmes libérales
- Catherine PACLOT	DGS/MC1
- Jean-Charles PICAUD	Société française de pédiatrie
- Marc PILLIOT	Société française de pédiatrie
- Marie-Laurence POLI-MEROL	Conseil national de la chirurgie de l'enfant
- Francis PUECH	Président de la CNNSE
- Stéphane QUEFFELEC	CIANE
- Murielle RABORD	DGOS/R3
- Elisabeth RICHARD	CNAMTS
- Jean-Louis ROUDIÈRE	Médecin chef des services de PMI et actions de santé du Conseil général 28
- Marc-Alain ROZAN	Collège national des gynécologues-obstétriciens français
- Hélène SIAVELLIS	DGCS
- Agnès SIMON	Collège national des sages-femmes
- Jean TOURRES	Société française d'anesthésie réanimation

## Intervenants/ invités :

- Béatrice BLONDEL,	INSERM Unité 953
- Elisabeth BRIAND-HUCHET	Centre de référence MIN – Hôpital Antoine Béchère
- Chantal CORU	ASIP Santé
- Anne MONNIER	ASIP Santé
- Marie-Claude MOUQUET	DREES
- Sylvie REY	DREES
- Eliane VANHECKE	DGS/ RI
- Elisabeth VERITE	ARS Nord-Pas-de-Calais

## Absents / Excusés :

- Madeleine AKRICH	CIANE
- Véronique ANATOLE-TOUZET	Conférence des directeurs de CHU
- Pascale ARNOULD	Société française de médecine générale
- Mariam ARVIS	DSS
- Georges AUDRY	Conseil national de la chirurgie de l'enfant
- Samah BEN ABDALLAH	FEHAP
- Jaya BENOIT	Personnalité qualifiée

- Patrick BERQUIN	Société française de neurologie pédiatrique
- Marc BRODIN	FNEHAD
- Nicolas BRUN	UNAF
- Brigitte CHABROL	Société française de pédiatrie
- Michel COLLET	Société française de médecine périnatale
- Sébastien COLSON	Association nationale des puéricultrices diplômées et des étudiantes
- 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
- Pierre FOUCAUD	Conférence des présidents de CH
- Marie-France GAUCHER	FHP
- Nathalie GELBERT	AFPA
- Judith GUER	FEHAP
- Gérard GUILLEMOT	PMI
- Thierry HARVEY	Conf. nat. des présidents de CME de l'hospitalisation privée à but non lucratif
- Olivier JOURDAIN	Conférence des présidents de CME de l'hospitalisation privée
- Marie-Josée KELLER	Conseil national des sages-femmes
- 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
- Françoise MOLENAT	Société française de psychologie périnatale
- Cécile MOULINIER	CNOSF
- Danielle PORTAL	Conférence des directeurs de CH
- Catherine REA	FEHAP
- Jean-Christophe ROZE	Personnalité qualifiée
- Elie SALIBA	Société française de néonatalogie
- Olivier SCEMAMA	HAS
- Gérard SCHMIT	Association française de psychiatrie
- Rose-Marie TOUBIN	Société française de psychologie périnatale
- Dominique TURCK	Personnalité qualifiée
- Jeanne-Marie URCUN	Direction générale de l'enseignement scolaire - DGESCO
- Jean-Paul VARICHON	FHP
- Yves VILLE	Académie nationale de médecine

\*\*\*

Le compte rendu de la séance du 18 juin est approuvé.

\*\*\*

### **Position de la France par rapport aux autres pays européens : analyse à partir d'EURO-PERISTAT : Béatrice BLONDEL, Inserm Unité 953 (powerpoint joint)**

Le projet EURO-PERISTAT vise à développer des indicateurs de la santé périnatale pour les professionnels de la santé, les planificateurs, les chercheurs et les associations d'utilisateurs qui souhaitent surveiller et évaluer la santé périnatale en Europe.

Madame BLONDEL (Unité 953 de l'INSERM) est la représentante française au comité scientifique d'EURO-PERISTAT. Elle présente le dernier rapport EURO-PERISTAT, paru en mai 2013, sur les données de la santé périnatale en 2010 (10 indicateurs principaux et 20 recommandés) pour 26 pays membres de l'Union Européenne, et l'Islande, la Norvège et la Suisse (ce rapport peut être consulté sur le site d'EURO-PERISTAT : [www.europeristat.com](http://www.europeristat.com)).

Ce rapport permet de situer la France par rapport aux autres pays européens et d'apprécier ses points forts et ses points faibles, en matière de système d'information et d'indicateurs sur la santé et les pratiques médicales. Les données sont notamment issues des enquêtes nationales périnatales 2003 et 2010.

Les indicateurs résultats de mortalité de l'enfant sont préoccupants pour la France : le taux de mortalité (9,2/1000) est le plus élevé de l'Union européenne, comme c'était le cas en 2003. Il convient de rappeler que, depuis 2008, les données concernant cet indicateur ne sont pas fiables dans la mesure où les conditions d'enregistrement des mort-nés ont changé. Par ailleurs, la réalisation d'interruptions médicales de grossesse (IMG) est possible en France tardivement alors qu'elle est interdite dans certains pays, non

enregistrées dans d'autres ou possible seulement en dessous d'un certain âge gestationnel. Ce taux élevé pourrait s'expliquer par le fait que 40 à 50 % des mort-nés en France seraient attribuables à des IMG, comme le suggère un registre périnatal (REHOP) qui enregistre tous les mort-nés dans trois départements de la région Rhône-Alpes. La part des IMG dans l'ensemble des mort-nés est bien supérieure à celle qu'on observe dans les autres pays qui peuvent distinguer les IMG des autres mort-nés.

La fiabilité de cet indicateur devrait s'améliorer à partir de 2013 car le PMSI va permettre de distinguer les mort-nés spontanés des mort-nés issus d'une IMG ainsi que l'âge gestationnel auquel surviennent les décès fœtaux. La mortalité néonatale est en légère baisse (2,3/1000-17<sup>ème</sup> rang contre 2,6/1000 en 2003) mais cette baisse est moins importante que dans la plupart des autres pays. Les taux varient de 1,2 à 5,5 pour mille en Europe

Le taux de mortalité maternelle calculé à partir des statistiques de routine<sup>1</sup> est de 8,4/100 000 pour la période 2006-2010. Il fluctue de 0 à 25/100 000 en Europe et semble sous-estimée. Toutefois ces chiffres sont à interpréter avec prudence, car il y a peu de décès maternels chaque année et certains petits pays peuvent n'enregistrer aucun décès au cours d'une ou plusieurs années. Par ailleurs, seuls 6 pays, dont la France, se sont dotés de systèmes d'enregistrement renforcés et la France se situe dans la moyenne (9,1/100 000).

La prématurité passe de 6,3% en 2003 à 6,6% en 2010 et se classe au 10<sup>ème</sup> rang après notamment l'Islande, l'Irlande, la Finlande et la Suède. La prématurité augmente de manière régulière en France, comme dans d'autres pays. Mais il ne s'agit pas d'une tendance uniforme car le taux de prématurité a baissé ou s'est stabilisé dans certains autres pays.

Le taux de césariennes atteint 21% en France et varie de 15 à 52% en Europe. La France se trouve parmi les pays à taux plutôt bas et est passée du 13<sup>ème</sup> au 6<sup>ème</sup> rang.

Le taux d'épisiotomie, de 28%, a beaucoup baissé depuis 1998.

Les grossesses gémellaires sont en augmentation dans la plupart des pays, 17,4 pour 1000 naissances pour la France contre 15,8 en 2003, ce qui la place en situation moyenne par rapport aux autres pays européens.

Le système d'information présente des points faibles (pas de registre national, qualités encore inégales de certaines sources) et des points forts (enquêtes nationales périnatales, surveillance renforcée de la mortalité maternelle, registres, PMSI..).

Monsieur Puech demande si ces données, au moins en ce qui concerne les 10 indicateurs principaux sont disponibles en routine. Madame Matet indique que, outre les données de routine fournies par l'état civil et le PMSI, des données complémentaires sont obtenues grâce aux enquêtes nationales périnatales et aux rapports du Comité national d'experts sur la mortalité maternelle. En ce qui concerne la morbidité maternelle, une demande a été adressée à l'InVS par la DGS.

Monsieur Pilliot souligne que les pays dans lesquels les indicateurs sont les plus favorables sont ceux où la physiologie et le rôle des sages-femmes sont les plus respectés. Madame Blondel indique que certains pays sont plus égalitaires que d'autres et que les causes d'amélioration sont multifactorielles. Elle cite ainsi la Suède, la Norvège et l'Islande où les praticiens du secteur privé se sont fortement engagés dans l'amélioration des indicateurs.

### **La production des indicateurs de santé périnatale à partir de la base PMSI : la mortinatalité et la prématurité : Sylvie REY et Marie-Claude MOUQUET (DREES) - (powerpoint joint)**

La présentation de la DREES est axée sur l'exploitation des données concernant la mortinatalité (naissances à partir des séjours des mères) et la prématurité (séjours des enfants nés vivants), le dénominateur étant le nombre de naissances totales enregistrées dans la base PMSI MCO 2012.

Comme la CNNSE en a été informée régulièrement, l'exhaustivité des RSA de mort-nés par rapport aux RSA des mères a augmenté régulièrement et fortement depuis 2009 pour atteindre 95% en 2013.

---

<sup>1</sup> Etat civil et certificats de décès

A partir des données du PMSI, il est possible de fournir un indicateur annuel répondant aux critères de Péristat et permettant d'établir des comparaisons européennes. Il permet en particulier une analyse selon certaines caractéristiques : âge gestationnel, poids de naissance, naissance unique ou multiple, âge de la mère et estimations selon les régions. Il va surtout permettre de préciser la part de la mortalité spontanée de celle qui est induite.

L'étude de ces caractéristiques permettra enfin de mieux analyser la mortalité périnatale.

A partir des données du PMSI il est également possible de répondre à l'indicateur Péristat sur la prématurité et de produire un taux de prématurité par âge gestationnel et un taux de prématurité pour les naissances uniques/multiples

Les données présentées montrent un taux un plus élevé de prématurés par rapport à la dernière enquête nationale périnatale, notamment chez les jumeaux. Des analyses sont à poursuivre en comparant les résumés des mères avec eux des enfants ainsi qu'au niveau des données régionales.

Pour ces deux indicateurs, Il convient de maintenir la vigilance sur la qualité du codage des accouchements et d'améliorer le chaînage mère-enfant.

En région Aquitaine, l'instruction mortalité du 26 octobre 2011 a été très utile et a permis d'obtenir de bons résultats en termes d'exhaustivité dans les établissements de santé et les réseaux de périnatalité.

A ce sujet, la Fédération des réseaux de santé en périnatalité précise que cette instruction est une aide pour tous les réseaux et que ceux-ci sont en attente de son actualisation.

Il est répondu que le guide méthodologique de l'ATIH publié chaque année est un document de référence qui permet d'obtenir les actualisations chaque année. Par ailleurs, les travaux d'actualisation de l'instruction d'octobre 2011 sont en cours.

Au sujet des réseaux de santé en périnatalité, il est signalé que certains sont en très grande difficulté (l'exemple de l'Auvergne est cité), les politiques étant différentes d'une ARS à une autre.

Les membres de la CNNSE font part de leur forte inquiétude sur l'avenir des réseaux de santé en périnatalité et des inégalités régionales qui se creusent, et demande que l'actualisation de leurs missions, faisant suite au groupe de travail mené par le ministère en 2012-2013, puisse sans tarder aboutir.

### **Présentation du projet de cahier des charges relatif au dépistage de la surdité permanente : Dr Brigitte LEFEUVRE (DGS) – cf. diapositive jointe**

Comme précisé lors de la précédente réunion de la CNNSE, un arrêté du 23 avril 2012 généralise le dépistage de la surdité néonatale a généralisé le dépistage de la surdité permanente néonatale, les ARS étant chargées de la mise en œuvre. La première étape du dépistage, consiste en une vérification de l'audition au cours du séjour en maternité par des méthodes objectives, non invasives. sur la base d'un cahier des charges national. Le cahier des charges a donné lieu à des consultations, de professionnels du champ, d'associations de parents et de personnes sourdes, dont la dernière a eu lieu en septembre 2013. A sa suite, la rédaction d'une version corrigée du cahier des charges est en cours. Elle doit être adressée en relecture à l'ensemble des entités et experts consultés.

La première étape du dépistage, consiste en une vérification de l'audition au cours du séjour en maternité par des méthodes objectives, non invasives : otoémissions acoustiques ou potentiels évoqués auditifs automatisés. Elle repose sur un protocole en deux temps (voir organigramme), les nouveau-né ayant eu un résultat non concluant lors du premier test bénéficient d'un deuxième test, effectué dans la mesure du possible avant la sortie de maternité. Comme toute procédure médicale, ces tests ne peuvent être effectués qu'avec le consentement, ici, des parents. Ils n'ont pas de caractère obligatoire et ne permettent pas d'établir un diagnostic de surdité. Le dépistage ne donne pas lieu à une participation financière de l'assuré. Une revalorisation des tarifs de séjour des nouveau-nés de 18,70 € effective depuis le 1er mars 2013 est destinée à financer la réalisation de la vérification de l'audition (tests initiaux et tests de contrôle dits «re-tests») pour les établissements autorisés à une activité d'obstétrique. La coordination du programme est effectuée par un opérateur au choix de l'ARS (le financement FIR a été prévu par la

circulaire budgétaire de 2013). Cet opérateur, en pratique, pour les ARS qui ont déjà entamé la démarche de mise en place du dépistage, est soit l'ARDPHE soit le réseau de périnatalité, parfois une collaboration des deux. Il ressort de la discussion que les participants, tout en étant favorables au dépistage, regrettent qu'il intervienne dans un contexte difficile pour les maternités. Les points suivants sont soulevés :

- La difficulté qu'il y aura à mobiliser pour le dépistage au sein des établissements, dans un contexte de difficultés budgétaires, les moyens qui lui ont été attribués.
- Les difficultés liées à une charge supplémentaire pour le personnel.
- La difficulté qu'auront les réseaux à assumer une mission supplémentaire (même si un financement de la mission de coordination est prévu) dans un contexte d'incertitude sur leurs missions et leur financement
- L'organisation prévue, notamment pour le « rattrapage » des tests non effectués en maternité soulève des questions : tarifs pratiqués en ville, intérêt et réalisation pratique de la signature d'une convention maternités/ORL

En réponse à ces remarques et à la demande des participants, le cahier des charges corrigé sera adressé à la CNNSE pour relecture en même temps qu'au groupe des associations de parents et personnes sourdes et de professionnels du champ de la surdité, ce qui permettra de prendre en compte l'ensemble des remarques.

Monsieur Nisand témoigne de la mise en œuvre réussie depuis 2003 du dépistage généralisé en Alsace.

**« Nécessaire remobilisation pour la mort inattendue du nourrisson : Evitons l'évitable ! »  
Elisabeth BRIAND-HUCHET (Centre de référence sur la mort inattendue du nourrisson – Hôpital Antoine Béclère – Clamart 92), cf. diaporama joint**

Une association nationale des centres de référence a été créée en 2013 : l'ANCRéMIN.

Deux termes sont utilisés :

- mort « subite » du nourrisson lorsque le décès intervient avant un an chez un nourrisson bien portant
- mort « inattendue » lors d'un décès pour un enfant jusqu'à 2 ans.

Pour les parents le décès est toujours très brutal et violent et nécessite une prise en charge adaptée (recommandations de l'HAS).

Les causes de décès peuvent être variées. Il s'agit donc d'éviter au maximum les risques notamment mécaniques et environnementaux (ex. : couchage...).

La première campagne officielle de prévention date de 1994 (P. Douste-Blazy), suivie en 1998 de la campagne de B. Kouchner en 1998. De 1999 à 2001, des mouvements de moindre envergure ont suivi. Il n'y a pas eu d'action publique de prévention depuis 15 ans.

En Europe, plusieurs pays ont fait des campagnes de prévention, ce qui a fait chuter leur taux de mortalité. En France, le taux « MSN » se situe autour de 0,285 % (2010) pour un taux moyen de 0,25 % en Europe (27 pays). Néanmoins, les chiffres officiels sont très imprécis en raison du manque d'harmonisation des relevés.

La HAS a donné des recommandations pour la prise en charge des cas de MIN, en direction des professionnels hospitaliers pour la collecte des données et les différentes prises en charge.

Il apparaît aujourd'hui qu'il est très difficile d'obtenir une homogénéité nationale pour recueillir les données. Pour le partage du couchage avec les parents (bed-sharing), plusieurs études internationales montrent qu'il majore les risques de décès du nourrisson, surtout si le bébé a 11-14 semaines, un petit poids de naissance, si la mère est usagère de tabac, alcool ou drogue, si elle souffre d'obésité, si elle est « très fatiguée ». Les enfants risquent l'enfouissement, l'hyperthermie, le confinement et surtout l'écrasement thoracique. La survenue d'une mort dans ces conditions est un accident source d'une culpabilité majeure.

Quant au couchage dans le berceau, les risques sont liés, dans plus de la moitié des cas, à un problème de couchage : position sur le ventre, objet près du visage (oreiller, couverture, tour de lit). A ce niveau, de nombreuses dérives commerciales sont observées.

La prévention sur ce sujet est très difficile car les recommandations médicales ont souvent varié et pouvaient même paraître contradictoires (cf. position du couchage), la réticence des professionnels à aborder le sujet est également importante.

Néanmoins, l'enjeu est important car il s'agit d'éviter 100 à 150 décès par an, que faire :

- s'adresser aux professionnels (maternités, PMI, pédiatres...)

- s'adresser au public afin de le sensibiliser
- s'appuyer sur des documents : dépliants affichettes,
- faire appel aux associations,
- repérer les différentes recommandations émises par d'autres pays et s'en servir (ex Canada)...

Une discussion s'engage sur la pratique du « bed-sharing » (partage du même lit avec le nourrisson), qui est à distinguer du « co-sleeping » (partage de la même chambre, sans partage du lieu de couchage).

Monsieur Pilliot rappelle que c'est une pratique traditionnelle encore très pratiquée en Asie notamment, où le taux de décès par mort inattendue du nourrisson reste plus bas qu'en France. Elle favorise l'allaitement et les interactions maman-bébé.

Il souligne que, dans les publications internationales, les données sur les modes de couchage sont souvent imprécises et incomplètes : lit, canapé ou fauteuil ; oreillers, couvertures, température de la pièce ; parents informés ou non, parents usagers d'alcool ou de tabac (y compris le père), parents obèses, épuisés ; prématurité ou petit poids de naissance ; allaitement maternel exclusif ou partiel, voire très partiel. Or, il n'est jamais précisé que la 1<sup>ère</sup> contre-indication au bed-sharing est l'alimentation au biberon puisque, dans ce cas-là, la maman ne bénéficie pas de la vigilance particulière donnée par les hormones de l'allaitement. Certes, le meilleur endroit pour un nourrisson, c'est dans un berceau près du lit des parents, mais une étude de l'AFPA en 2004 (*Streicher et al : Archives de Pédiatrie 2004 11;741*) montrait bien que, quoi qu'on fasse et qu'on dise, les parents se retrouvent souvent, à un moment ou à un autre, avec leur enfant dans leur lit. D'où la nécessité « d'informer » plutôt que « d'interdire » pour éviter des sommeils partagés dans de mauvaises conditions. Pour ce faire, il faudrait s'inspirer des documents créés en 2012 par UNICEF-UK et la FSID (*Foundation for the Study of Infants Deaths*) :

<http://www.unicef.org.uk/BabyFriendly/Resources/Resources-for-parents/Caring-for-your-baby-at-night/>

Les avis restent en conclusion partagés sur la question.

**Présentation des résultats d'une revue de morbidité maternelle (RMM) débouchant sur une action de promotion de la vaccination contre la grippe des femmes enceintes : Dr Elisabeth VERITE, ARS Nord-Pas-de-Calais et Dr Anne-Sophie DUCLOY-BOUTHORS, membre de la CNNSE (powerpoint joint). :**

Les professionnels de la région NPC ont engagé une démarche d'analyse des situations ayant entraîné un décès maternel inopiné, deux des membres étant par ailleurs assesseurs du Comité national d'experts sur la mortalité maternelle. Compte-tenu de la rareté de ce type de mortalité, il a été décidé de mettre en place une RMM régionale. L'objectif est de fournir des éléments d'information et de formation, de standards d'organisation des soins et de communication pour améliorer la sécurité de la périnatalité dans la région.

A compter de la déclaration d'un décès signalé au secrétariat de la RMM régionale, les cas sont regroupés par cause et analysés de manière anonyme par un groupe de professionnels (gynécologues-obstétriciens, anesthésistes, sages-femmes, médecins généralistes, représentants des réseaux, médecin de l'ARS). Cette analyse débouche sur l'identification et la priorisation d'actions et de mesures correctives ou préventives.

Cette RMM a permis d'identifier durant l'hiver 2012-2013, que sur 18 cas graves de grippe nécessitant une hospitalisation, 2 femmes enceintes sont décédées et 1 femme présente des séquelles graves.

Aucune de ces 3 femmes n'était vaccinée, un retard au diagnostic a été identifié et aucun traitement spécifique n'a été entrepris. Une femme présentait un cofacteur identifié.

Le groupe RMM a identifié plusieurs messages de prophylaxie (vacciner les femmes enceintes contre la grippe, vacciner les professionnels de santé, recourir aux mesures « barrière ») et plusieurs messages de prise en charge (supplémenter les femmes enceintes en vitamine D, porter un diagnostic précoce, traiter rapidement).

Il a décidé de plusieurs actions aux niveaux national, régional et des réseaux de santé en périnatalité.

## **Risque grippal et vaccination des femmes enceintes: Dr Eliane VANHECKE - DGS/RI – (powerpoint joint).**

La campagne nationale de vaccination contre la grippe saisonnière vient d'être lancée et se déroulera du 11 octobre 2013 au 28 février 2014<sup>2</sup>. Il est nécessaire de remobiliser grand public et professionnels de santé car, depuis 2009, on assiste à une décroissance forte et continue de la vaccination antigrippale. L'Assurance Maladie prend en charge à 100 % le vaccin antigrippal des personnes pour lesquelles la vaccination contre la grippe est recommandée<sup>3</sup> et en particulier:

- les femmes enceintes, **quel que soit le trimestre de la grossesse** ;
- les enfants à partir de l'âge de six mois, atteints de certaines pathologies ;
- L'entourage familial des nourrissons âgés de moins de 6 mois présentant des facteurs de risque de grippe grave.

Pour les professionnels libéraux : l'imprimé de prise en charge a été modifié depuis la précédente campagne pour tenir-compte des difficultés que les sages-femmes libérales rencontraient pour prescrire cette vaccination. Il est maintenant utilisable par les médecins et les sages-femmes et accessible sur l'espace pro du site ameli.fr. .

Pour les professionnels non libéraux :

- les services de PMI, dans le cadre des relations partenariales avec l'Assurance maladie, peuvent se procurer un imprimé vierge auprès de leur caisse pour la vaccination des femmes enceintes
- pour les professionnels des établissements de santé : l'imprimé peut être utilisé pour vacciner des personnes ciblées par les recommandations, mais que l'Assurance Maladie ne peut repérer (par exemple les femmes enceintes), car il convient de pouvoir assurer une traçabilité des assurés préalablement identifiés car relevant de groupes à risque. Les professionnels peuvent se rapprocher de la caisse pour avoir un exemplaire.

## **Déploiement du dossier médical personnel et projet de messagerie sécurisée MSSanté : Anne MONNIER (ASIP) – cf. diaporama joint**

Anne MONNIER présente l'Agence des systèmes d'information partagés de santé (ASIP) dont l'objectif est de favoriser le développement des systèmes d'information partagés dans les secteurs de la santé et du médico-social afin de développer la coordination et la qualité des soins, la prévention, la veille et l'alerte sanitaire, la télémédecine.

Le dossier médical personnel est un carnet de santé avec pièces jointes. Il contient les données que les professionnels de santé estiment utiles à la coordination des soins, mais n'est pas exhaustif. En cela, il ne se substitue pas au dossier professionnel. L'utilisateur peut librement le consulter (sauf données sensibles dans la perspective d'une annonce), masquer des données, fermer son DMP ou le détruire (cf. droit à l'oubli).

Des difficultés demeurent, par exemple en ce qui concerne les ayant-droits du régime général, dont le numéro de sécurité social n'est pas inscrit sur la carte Vitale, ce qui ne permet pas de calculer leur identifiant.

Les professionnels de santé quant à eux disposent d'une carte pour se connecter.

Au 1<sup>er</sup> octobre 2013, 385 000 DMP ont été créés, parmi lesquels 184 000 sont alimentés.

Anne MONNIER présente ensuite les messageries de santé qui permettent de sécuriser la transmission des données médicales, dans le respect des droits des patients et de l'éthique professionnelle. Un annuaire complet et commun participe à l'universalité du système. Mais la facilité d'utilisation pour les professionnels de santé fait également partie des objectifs : les messageries sécurisées doivent s'intégrer dans leur pratique. Une phase de test est opérée actuellement, en partenariat avec les ordres professionnels. Le déploiement doit intervenir en 2014-2015.

---

<sup>2</sup> [http://www.ameli.fr/fileadmin/user\\_upload/documents/Depliant\\_la\\_grippe\\_ce\\_n\\_est\\_pas\\_rien.pdf](http://www.ameli.fr/fileadmin/user_upload/documents/Depliant_la_grippe_ce_n_est_pas_rien.pdf)

<sup>3</sup> Calendrier des vaccinations et recommandations vaccinales 2013 selon l'avis du HCSP. BEH n° 14-15 (19 avril 2013).

Une présentation complémentaire sur le DMP en périnatalité est proposée pour la prochaine plénière de la CNNSE.

Madame BICHERON prend la parole en fin de séance pour appeler l'attention des membres de la CNNSE sur la situation des sages-femmes. Celles-ci peinent à se faire connaître et reconnaître comme profession médicale de premier recours. Des sages-femmes libérales connaissent le chômage et sont contraintes à se réorienter professionnellement.

**La prochaine réunion de la CNNSE est prévue le 21 janvier (repoussé au 11 février 2014).**