

Compte rendu de la réunion plénière de la Commission nationale de la naissance et de la santé de l'enfant (CNNSE) du 23 juin 2015

Participaient à la réunion

- Julie BARROIS	Secrétariat de la CNNSE, DGOS/R3
- Anne-Marie DE BELLEVILLE	Référent ARS périnatalité
- Chantal BIRMAN	Association nationale des sages-femmes libérales
- Marc BRODIN	FNEHAD
- Christine BRONNEC	DGOS/R, adjointe au sous-directeur
- Nicolas BRUN	UNAF
- Bertrand CHEVALLIER	Vice-président de la CNNSE
- Sébastien COLSON	Association nationale des puéricultrices diplômées et étudiantes
- Anne-Sophie DUCLOY-BOUTHORS	CIANE
- Déborah CVETOJEVIC	DGOS/ Chef du bureau R3
- Bernard FALIU	DGS/MC1
- Annie FOUARD	CNAMTS
- Nathalie GELBERT	AFPA
- Chantal GIRARD	DGOS/R3
- Judith GUER	FEHAP
- Thierry HARVEY	Conf. Nat. des présidents de CME de l'hospitalisation privée à but non lucratif
- Véronique HOUFFLIN-DEBARGE	Club francophone de médecine fœtale
- Martine HUOT-MARCHAND	Personnalité qualifiée
- Aurélie INGELAERE	DGOS/R3
- Brigitte LEFEUVRE	DGS/MC1
- Nicole MATET	Secrétariat de la CNNSE, DGS/MC1
- Marie-Cécile MOULINIER	CNOSF
- Catherine PACLOT	DGS/MC1
- Jean-Charles PICAUD	Société française de pédiatrie
- Marc PILLIOT	Personnalité qualifiée
- Francis PUECH	Président de la CNNSE
- Murielle RABORD	DGOS/R3
- Hélène SIAVELLIS	DGCS
- Dominique TURCK	Personnalité qualifiée

Intervenants :

- Barbara HEUDE	INSERM UMR 1153
- Benoît SALANAVE	Université Paris 13
- Pauline SCHERDEL	INSERM

Monsieur PUECH salue la présence de M. Bernard FALIU, nouveau chef du bureau Santé des populations (MC1) à la Direction générale de la santé.

Le compte rendu de la CNNSE du 10 mars 2015 est approuvé.

Monsieur PUECH rappelle que tous les comptes-rendus de la CNNSE sont accessibles sur le site du ministère :

<http://www.sante.gouv.fr/commission-nationale-de-la-naissance-et-de-la-sante-de-l-enfant.html> .

1. Déclarations publiques d'intérêt / liens d'intérêt

Les experts intervenant au ministère, dont les membres de la CNNSE, peuvent être amenés à donner des avis et sont soumis à l'obligation de remplir une déclaration d'intérêts.

Si aucune modification n'est intervenue dans la situation de l'expert depuis la remise de la précédente déclaration, celui-ci est invité à signer et dater la dernière page du document qui est adressé avec chaque ordre du jour.

En revanche, si la situation de l'expert a évolué, il lui est demandé de remplir à nouveau ce document. Dans tous les cas, les documents doivent être adressés à l'adresse suivante :

anne-marie.dajezman@sante.gouv.fr

2. Présentation du projet de loi de modernisation de notre système de santé (LMSS): Odile KREMP (DGS) et Christine BRONNEC (DGOS) -Diaporamas joints-

Le projet de loi « modernisation de notre système de santé » a été adopté par l'assemblée nationale le 14 avril dernier et sera examiné par le sénat à l'automne. La politique de santé de l'enfant est introduite dans la loi. Elle relève de la responsabilité de l'Etat et est conduite dans le cadre de la stratégie nationale définie par le gouvernement en 2013 dont un volet détermine les priorités de la politique de santé de l'enfant.

Le projet de loi renforce la politique de santé en faveur des enfants et des adolescents au niveau territorial par, notamment, l'intégration de la PMI au conseil territorial de santé ou l'intégration de la prise en charge spécifique de ce public dans la mise en place des projets territoriaux de santé mentale.

Mesures visant à renforcer la prévention et la promotion de la santé : (cf. diaporama DGS)

Les parents auront la possibilité de choisir un médecin traitant (médecin généraliste ou pédiatre) pour les enfants de moins de 16 ans. Le dispositif prévoit une articulation avec la médecine scolaire et la PMI et des missions particulières dans la coordination des soins spécifiques à ces patients, notamment en ce qui concerne le parcours de soins des enfants atteints d'une maladie chronique, et la transition vers le parcours de soins de l'adulte.

Le titre de la deuxième partie du code de la santé publique devient « Santé sexuelle et reproductive, droit de la femme et protection de la santé de l'enfant » s'appuyant ainsi sur la définition de l'OMS.

Dans ce sens, le projet de loi intègre des mesures se rapportant :

- à la simplification de la délivrance des contraceptions sous de conditions.
- au renforcement de l'exercice des sages-femmes notamment s'agissant des examens post-natal, la prescription des substituts nicotiques, de la vaccination des nouveau-nés dans des conditions déterminées

Le projet de loi intègre, par ailleurs, plusieurs dispositions visant :

- à améliorer l'accès aux droits, à la prévention et aux soins de populations éloignées du système de santé en tenant compte de leurs spécificités : notamment par l'inscription dans la loi des dispositifs de « médiation sanitaire et interprétariat linguistique » ;
- à renforcer les habitudes de vie favorables à la santé, tant des jeunes que de leur entourage : notamment par la promotion de l'activité sportive ou par l'intégration de diverses mesures pour prévenir les troubles des conduites alimentaires ;
- à réduire les risques environnementaux ;
- à renforcer la lutte contre le tabagisme et l'alcoolisation excessive chez les jeunes mineurs et majeurs.

Mesures visant à faciliter les parcours de santé : (cf. diaporama DGOS)

Les mesures du pacte territoire santé visant à réduire les déserts médicaux (développement des maisons de santé pluri-professionnelles, contrat d'engagement de service public...) sont introduites dans la loi.

Le projet de loi recentre le système de santé sur les soins de proximité. Le parcours de santé place le patient au centre du système de prise en charge.

Il intègre ainsi plusieurs mesures visant à promouvoir les soins primaires et favoriser la structuration du parcours de santé : équipes de soins primaires, communautés professionnelles de territoire ; participation de l'ensemble des acteurs sanitaires, sociaux et médicaux sociaux à l'élaboration du projet territorial de santé mentale ; plates-formes territoriales d'appui aux professionnels pour la coordination des parcours de santé complexes.

Des mesures visent à faciliter l'accès aux soins de premier recours, l'information et l'accompagnement des usagers dans leur parcours de soins et renforcer les outils proposés aux professionnels pour leur permettre d'assurer la coordination du parcours de leur patient : notamment généralisation du tiers payant en ville d'ici à 2017, possibilité de réaliser des IVG instrumentales en centre de santé, mise en œuvre d'un service public d'information en santé, placé sous la responsabilité des ARS.

Le projet de loi prévoit que le service public hospitalier n'est plus défini par le statut de l'établissement mais par un ensemble d'obligations. Les établissements qui s'engagent sur ces obligations auprès des patients peuvent être habilités au service public hospitalier. Parmi ces obligations figure l'interdiction de facturer des dépassements d'honoraires.

La création des groupements hospitaliers de territoire (GHT) implique que tous les établissements publics d'un territoire se regroupent dans un projet médical afin d'offrir une offre de soins plus adaptée et plus graduée.

Mesures visant à innover pour garantir la pérennité de notre système de santé et renforcer l'efficacité des politiques publiques, notamment :

- les conseils territoriaux de santé, animés par les ARS, composés de professionnels de santé libéraux et hospitaliers et des collectivités territoriales et assurant la démocratie sanitaire ;
- la création de l'agence nationale de santé publique regroupant l'InVS, l'INPES et l'EPRUS (Etablissement de préparation et de réponse aux urgences sanitaires).

Le régime des autorisations d'activités de soins et d'équipements matériels lourds sera réformé dans un délai de deux ans suivant la promulgation de la loi. La délivrance des autorisations sera fondée sur des normes d'objectifs, de processus de qualité, d'évaluation des résultats et de positionnement de l'offre hospitalière en termes de parcours.

Echanges :

Il est rappelé que ce qui vient d'être présenté est susceptible d'évoluer après examen par le Sénat puis en commission mixte paritaire.

Nathalie GELBERT regrette que la communauté de soins primaires soit axée autour du médecin généraliste sans prévoir l'implication des pédiatres.

Marie-Cécile MOULINIER abonde dans ce sens en considérant que c'est autour d'un patient que cette coordination devrait être constituée

Christine BRONNEC répond que l'équipe de soins primaires répond à un enjeu de projet organisationnel et ne présage pas du projet du parcours de soins individuel du patient. Les soins primaires sont organisés sur un territoire mais les autres professionnels participant aux soins primaires y participent aussi (sages-femmes, infirmières...). C'est un projet au service des parcours pour obtenir une réponse coordonnée et qui donne aux médecins généralistes les moyens de réfléchir entre eux aux besoins de la population. Il s'agit d'une approche nouvelle dépassant l'exercice dual médecin/patient habituel. Cette approche territoriale est d'autant plus importante au vu du déploiement des prises en charges vers le domicile. Les professionnels libéraux doivent se saisir de cette opportunité.

Sébastien COLSON souhaite rappeler les mesures du projet de loi santé - non citées dans la présentation - relevant de l'évolution de l'exercice infirmier (notamment art 30 du PLMSS, relatif aux pratiques avancées développées dans d'autres pays européens mais pas en France, suppression de l'Ordre des infirmiers).

3. L'allaitement maternel : Professeur Dominique TURCK, CHRU de Lille – Ppt joint.

En France, selon les enquêtes nationales périnatales successives, la mise en route de l'allaitement en maternité est passée de 1/3 des naissances en 1970 à 2/3 en 2010. L'enquête ELFE de 2011 confirme ces chiffres puisqu'en 2010, en maternité, en France métropolitaine, il y a un allaitement maternel exclusif pour 59% et partiel pour 11,5% des naissances.

Des différences régionales importantes ont été mises en évidence en France avec des taux d'initiation d'allaitement plus élevés dans l'Est et à Paris que dans l'Ouest.

Malgré cette augmentation, la prévalence de l'allaitement en France se situe parmi les plus faibles d'Europe au début des années 2000.

L'allaitement est associé chez le nourrisson à un moindre risque de diarrhées aiguës (- 65%), d'otites aiguës (-20%) et d'infections respiratoires sévères, génératrices d'hospitalisations (-72%). L'allaitement est également associé à une diminution du risque d'asthme et d'eczéma pendant les 2-3 premières années de la vie chez les enfants à risque d'allergie, ainsi qu'à une diminution du risque d'obésité et de surpoids, de diabète de type 2.

Concernant le développement cognitif de l'enfant, l'étude EDEN (Etude des Déterminants pré et postnatals du développement et de la santé de l'ENfant), montre, sans qu'il soit possible de déterminer qui des constituants du lait maternel ou de l'environnement dans lequel évolue l'enfant

allaité, que les capacités de langage et le développement global de ces enfants sont augmentés de quelques points.

Différents facteurs favorisent l'initiation et/ou la durée de l'allaitement maternel :

- Facteurs liés à la mère :
 - o Mère plus âgée, mariée, primipare, d'un niveau de scolarité supérieur, socio-économiquement plus favorisée
 - o Avoir été allaitée, avoir vu allaiter, expérience positive d'allaitement
 - o grossesse planifiée, désir et intention prénatale d'allaiter, décision précoce, perception de facilité
 - o Participation à des cours de préparation à la naissance
 - o Confiance en soi, sentiment d'auto-efficacité
 - o Absence de difficultés d'allaitement
 - o Cohabitation mère-enfant 24 h/24 h à la maternité
- Facteurs liés à l'enfant et son état de santé
 - o Technique de succion correcte
- Facteurs liés à l'entourage
 - o Soutien de l'entourage, en particulier du partenaire
 - o Soutien téléphonique des paires (autres femmes allaitantes ou ayant allaité)
- Facteurs liés aux pratiques de soins et au système de santé
 - o Mise au sein précoce, tétées fréquentes, à la demande
 - o Soutien de professionnels de santé formés. Il existe une formation diplômante de 3 semaines (DIU de lactation maternelle)
- Facteurs liés aux politiques de santé
 - o Accès à un congé de maternité rémunéré prolongé.
 - o S'assurer que les documents d'information contiennent des informations cohérentes avec les politiques et les recommandations nationales.
 - o Offrir aux mères des conseils individualisés en « face à face » menés par des professionnels de santé formés à les encourager et à participer à des groupes de préparation à l'allaitement.
 - o Des documents de très bonne qualité comme le guide de l'allaitement maternel, le guide de nutrition pendant et après la grossesse méritent une large diffusion (documents INPES)
 - o L'initiative « Hôpital ami des bébés ». Selon une enquête avant-après label IHAB menée à la maternité de ROUBAIX on constate une légère augmentation du taux d'initiation et surtout une augmentation nette de la durée de l'allaitement. 24 maternités en France sont labellisées HAB ce qui représente 5% des naissances.
 - o Identifier un référent allaitement dans chaque établissement de santé.

Des propositions ont été faites dans le cadre du rapport intitulé « Plan d'action : allaitement maternel » remis à la ministre chargée de la santé en juin 2010, pour permettre aux femmes d'exercer au mieux, dans le respect de leurs convictions, leur droit à allaiter et aux enfants leur droit à être allaités :

- Proposer des consultations d'allaitement spécialisées dans toutes les situations, notamment celles qui sont identifiées à risque de sevrage précoce par rapport au projet maternel. En effet, il a été montré qu'une consultation avec un professionnel de santé, ayant une formation spécifique de 5 heures seulement, permettait d'augmenter de façon nette, en harmonie avec le souhait des mères, la durée et le caractère exclusif de l'allaitement.
- Pour les populations en situation de précarité, former des conseillères, non professionnelles, issues des mêmes catégories de santé (groupes de pairs)
- Prise en charge à 100% des éventuels coûts inhérents à l'utilisation de matériel nécessaire pour l'allaitement
- Mettre en place une coordination nationale et un comité national de l'allaitement (comme dans tous les pays d'Europe Mettre en place, dans chaque ARS, un responsable chargé du suivi des actions et de l'application des dispositions légales et réglementaires (liaison avec les réseaux de périnatalité et les CRN)
- Mettre en place un système de surveillance épidémiologique, confié à l'InVS, pour suivre l'évolution de la prévalence de l'AM en région
- Allonger la durée du congé de maternité dans sa partie post-natale de 10 à 14 semaines

Veiller au respect par les employeurs des droits des mères à la reprise du travail en suivant de façon effective le code du travail actualisé en 2007

- Informer les employeurs sur les avantages économiques démontrés qui peuvent être attendus de la poursuite de l'allaitement après la reprise du travail
- Garantir, aux mères qui optent pour un temps partiel ou un congé post-natal, la protection de leur emploi et de leur projet de carrière

Au total, il s'agit de permettre à 100% des femmes qui souhaitent allaiter de le faire.

Echanges :

Marc PILLIOT relève qu'en matière d'allaitement tout se joue avant la naissance. De son point de vue, l'organisation du suivi de la grossesse en France est très anxiogène pour les mères tant le nombre d'exams est important. Cela peut impliquer, chez la femme, une perte de confiance en soi qui peut être cause de l'échec de l'allaitement. Il cite le cas de la Norvège où les femmes enceintes sont suivies, sauf pathologie particulière, essentiellement par des sages femmes, où une seule échographie est faite au cours de la grossesse et qui présente cependant les meilleurs résultats en périnatalogie.

Chantal BIRMAN, constate que plus les maternités répondent à la demande d'organiser une sortie précoce, plus il y a de compléments donnés aux nouveau-nés avant la sortie. La sortie précoce ne représente-t-elle pas un obstacle à l'installation de l'allaitement ? Il faut que les femmes puissent s'appuyer sur des professionnels formés. Elle constate par ailleurs qu'il y a incompatibilité entre allaitement et reprise du travail.

Dominique TURCK confirme qu'en France la reprise du travail signifie sevrage alors que l'allaitement partiel pourrait être poursuivi. Dans certains pays, la durée du congé de maternité n'est pas un élément décisif pour avoir un allaitement de longue durée.

Nathalie GELBERT, représentante de l'AFPA, souligne que 5 ans après ce groupe de travail sur l'allaitement, les bébés sont beaucoup plus suivis par des professionnels de santé lors de leur 1^{er} mois de vie. Pourtant le taux d'allaitement n'a pas progressé. Elle pense que cela est dû à la dysharmonie des conseils donnés par les différents professionnels et que la seule voie pour augmenter le taux d'allaitement est l'initiative Hôpital ami des bébés (IHAB) qui est un cadre de formation exceptionnel.

4. L'allaitement maternel en France : résultats de l'étude Epifane : Benoît SALANAVE, Université PARIS 13 / InVS ; Ppt joint

L'étude Epifane, Epidémiologie en France de l'alimentation et de l'état nutritionnel des enfants pendant leur première année de vie a été mise en place en 2012.

Outre les bénéfices, déjà évoqués, pour l'enfant, l'allaitement maternel est aussi bénéfique pour la mère : protection des infections et des hémorragies du postpartum et incidence plus faible du cancer du sein chez les femmes qui ont allaité.

Le PNNS recommande un allaitement maternel exclusif jusqu'à 6 mois, au moins jusqu'à 4 mois si possible.

Si nous disposons de données, grâce aux enquêtes nationales périnatales sur le taux d'allaitement à la maternité, il y a peu de données nationales sur la durée de l'allaitement. Epifane a été mis en place pour répondre à ce manque de données et pour décrire les pratiques liées à l'allaitement maternel, l'utilisation des préparations pour nourrissons et la diversification alimentaire pendant la première année de vie.

L'étude porte sur un échantillon aléatoire nourrissons nés au cours du 1^{er} trimestre 2012 dans 136 maternités tirées au sort de 5 régions de France métropolitaine, ce qui représente 3368 couples mères-enfant. Les données sur l'alimentation lactée ont été recueillies à la maternité par auto-questionnaire et à 1, 4, 8 et 12 mois par interview téléphonique et questionnaire (papier/internet). Le taux de participation des mères à la maternité est de 81%, et le suivi de l'enfant jusqu'à un an de 83%.

Dans cette étude :

- l'alimentation lactée est définie comme toute préparation pour nourrisson (PN) : lait 1^{er} âge, lait 2^{ème} âge et lait de croissance.
- L'allaitement maternel (AM) sans diversification comprend (définitions de l'OMS) :
 - o L'AM exclusif : uniquement du lait maternel
 - o L'AM prédominant : lait maternel + eau sucrée, tisanes, jus de fruits
 - o AM mixte : lait maternel + PN + éventuellement, eau sucrée tisane ou jus de fruit

Les résultats :

En matière d'initiation à l'allaitement, 74% des enfants ont été allaités à la maternité, (59% exclusif ou prédominant, 15% en AM mixte).

Parmi les mères ayant allaité, les durées médianes d'AM sont de 105 jours (15 semaines) quel que soit le degré d'exclusivité de l'AM et 24 jours (3,5 semaines) pour l'AM exclusif ou prédominant ce qui très loin des recommandations du PNNS. Il est constaté une chute importante du taux d'AM dès les premiers jours, ce qui correspond au retour au domicile où la femme manque de soutien.

A 3 mois 39% d'enfants sont allaités, 33% à 4 mois. A 1 an, 9% d'enfants sont encore allaités, taux particulièrement bas par rapport à d'autres pays européens ou du monde.

Les femmes qui allaitent le plus sont plus âgées, mariées, nées à l'étranger, non fumeuses. Les primipares allaitent plus à la maternité mais s'arrêtent plus vite et à 3 mois ce sont les multipares qui ont déjà qui allaitent plus). Les cadres allaitent plus jusqu'à 6 mois où elles sont devancées par les femmes sans profession et par les femmes qui ont une profession indépendante. Les femmes qui ont repris le travail avant 4 mois allaitent beaucoup moins.

D'autres facteurs disparaissent dans la durée comme le niveau d'étude scolaire, le contact peau dans l'heure qui suit la naissance et les premiers mois, le nombre de séances de préparation à l'accouchement suivi, le mode délivrance

L'AM est très socialement marqué chez les mères nées en France

- La promotion de l'AM et de son maintien au cours de la première année, devrait être particulièrement ciblée selon certaines caractéristiques des mères
- Malgré l'absence de rupture dans les courbes d'AM avec la fin légale des congés maternité, la reprise du travail peut constituer un frein à la poursuite de l'AM, et aussi à son initiation
- Moins d'une femme sur 5 allaite au moment de reprendre le travail.

Echanges :

Certains enseignements importants doivent être soulignés : la cohérence des discours ainsi que la qualité de l'accompagnement sont fondamentales. Les établissements qui ont le label IHAB ont fait effort immense pour répondre à ces impératifs.

La durée moyenne de séjour ne semble pas avoir d'impact sur l'initiation de l'allaitement maternel. En revanche, les 2 à 3 jours qui suivent la naissance constituent une période d'instabilité durant laquelle tout se joue, même chez les femmes qui ont déclaré vouloir allaiter.

Il faut se rappeler également qu'à notre époque moins de la moitié des femmes qui débutent un allaitement ont-elles-même été allaitées. D'où l'importance pour les femmes de disposer autour d'elles d'un entourage et d'un conjoint qui les encouragent. Lorsqu'elles ne sont pas soutenues et manquent de confiance, elles arrêtent rapidement.

Enfin, une femme qui a souhaité allaiter lors d'une première grossesse et ne l'a pas fait pour des raisons multiples, n'allaitera pas son deuxième enfant.

5. Allaitement et lait maternel pour l'enfant prématuré : perspectives pour améliorer la santé de ce public fragile : Professeur Jean-Charles PICAUD, président de l'association des lactariums de France. Ppt joint

Pour bénéficier d'un bon allaitement chez l'enfant prématuré, il faut que le niveau de culture de notre société dans le domaine soit bien supérieur à qu'il est actuellement. Il existe des campagnes pour le don du sang, il devrait en avoir pour le don de lait maternel.

Les enfants prématurés sont exposés à des complications à court et long termes et l'allaitement maternel a un impact bénéfique, également à court et moyen termes, sur la croissance, la réduction des entérococolites, le taux d'infections tardives et le développement cognitif à long terme et ce d'autant plus que l'enfant est allaité longtemps.

Actuellement les lactariums fournissent en lait maternel la moitié des besoins des enfants hospitalisés. L'objectif est de nourrir en lait maternel tous les enfants de moins de 2kg en soutenant les mères d'enfant prématuré à allaiter leur propre enfant. L'objectif est d'augmenter la quantité de lait disponible pour les prématurés, d'une part en soutenant l'allaitement de leurs mères, d'autre part en proposant du lait de don à ceux dont la mère ne peut ou ne veut allaiter.

La présence d'une banque de lait dans un établissement de santé augmente le taux d'allaitement maternel pendant l'hospitalisation de l'enfant mais aussi à la sortie de celui-ci. Les besoins de soutien des parents sont encore plus importants lorsque leur enfant est prématuré. Ainsi, à Lyon, le temps consacré à l'accompagnement de l'allaitement est évalué à 20%.

Le lait maternel n'est pas un produit stérile. Il renferme une quantité significative de bactéries qui inhibe la pousse de flores néfastes, comme le staphylocoque doré, et permet le développement de la flore intestinale du bébé. C'est une substance bioactive dont la composition est unique et évolutive. Sécuriser le lait maternel sur le plan virologique (interrogatoire donneuses, sérologies, ...) et bactériologique (avant et après pasteurisation est nécessaire, tout en essayant de préserver le maximum de qualités du lait maternel, notamment sur le plan immunologiques

Il existe 36 lactariums en France, à usage interne ou à usage externe où sont collectés 71 000 litres de lait. Leur rôle est de recruter les donneuses, collecter, pasteuriser, stoker et distribuer le lait, effectuer les tests bactériologiques et promouvoir l'allaitement maternel. Les lactariums sont soumis à une réglementation très précise et des contraintes techniques lourdes (pasteuriser tout en préservant les qualités immunologiques du lait). Le litre de lait maternel est vendu 80 euros.

Il n'existe pas de recommandations **d'utilisation du lait maternel cru en néonatalogie (don le lait d'une mère à son propre enfant)** au niveau international. Sous l'égide de la Société française de néonatalogie, un cahier des charges national concernant le don de lait d'une mère à son enfant est en cours d'élaboration (étape de validation avec la Belgique, la France et certains pays nordiques).

JC Picaud met en garde contre une pratique, répandue aux Etats-Unis, le « milksharing » qui consiste à donner ou mettre en vente, via internet, une partie de son lait maternel, pour les mères qui en ont besoin. Or des analyses montrent que 10% de ces laits sont coupés avec du lait de vache ou sont contaminés par des bactéries.

Enfin il rappelle que des informations actualisées sont disponibles sur le site de l'association des lactariums de France (ADLF) : <http://sdp.perinat-france.org/ADLF/index.php>

Echanges :

C'est un véritable changement culturel qu'il faut promouvoir dans notre pays vis-à-vis de l'allaitement maternel.

Il est signalé que la mise en place d'une consultation d'accompagnement à l'allaitement peut constituer un facteur d'attractivité pour certaines maternités, mais pour d'autres établissements à forte activité, la consultation d'accompagnement de l'allaitement n'aura pas cet effet.

Le don de lait constitue un geste altruiste, comme le don de sang. Certains messages délivrés par des professionnels de santé doivent être bannis (par ex conseil donné aux femmes concernant l'expression de lait sous la douche par exemple).

S'il est rappelé que les « tours de lait » dans les établissements de santé sont interdits depuis plusieurs années, il est rapporté que certains laboratoires de lait offriraient une somme d'argent pour chaque enfant né en maternité.

6. Modélisation de la mission d'intérêt général (MIG) lactariums : Aurélie Ingelaere (DGOS) Ppt joint

Ce chantier, mené par la DGOS, a permis la révision des modalités de financements des lactariums en permettant une meilleure allocation des ressources des lactariums et ainsi conformer leur existence dans l'offre de soins.

Actuellement, 36 lactariums sont autorisés. Une modification du régime d'autorisation est intervenue en 2010, permettant l'entrée dans le régime d'autorisation de 19 lactariums à usage intérieur exclusif.

La dotation MIG était répartie uniquement entre les lactariums anciennement autorisés sur la base des retraitements comptables. Les lactariums étaient également financés par un tarif de cession du lait fixé par arrêté. Les 19 nouveaux lactariums ne bénéficiaient d'aucune de ces 2 sources de financement, d'où la nécessité de revoir l'organisation du mode de financement des lactariums.

Un groupe de travail s'est constitué en 2013 afin d'étudier les possibilités de financement. Deux déplacements sur sites (Necker et Pontoise) et deux enquêtes ont été réalisées (modalités d'organisation, coûts des examens sérologiques et bactériologiques).

Deux types de surcoût pesant sur les lactariums ont été identifiés selon le niveau de production du lactarium :

- Surcoût lié aux personnels (IDE, cadre de santé, médecin, secrétariat, chauffeur). Les lactariums à usage extérieur supportent des coûts supérieurs en raison du transport et de la collecte.
- Surcoûts liés aux examens de sérologie et bactériologie (grande disparité entre les établissements : coût de 28€ par litre de lait retenu)

Pour les lactariums à usage extérieur, le prix de cession du lait (80€ par litre) a été déduit.

Au total en 2015, un peu moins de 8 millions d'euros ont été délégués pour financer les lactariums autorisés (répartis en fonction de leur production).

Les lactariums doivent remonter leurs données d'activité (collecte, distribution, cession) via le PMSI dans un recueil FICHSUP qui permettra d'ajuster le financement.

Enfin, un financement complémentaire de 72 000 € par lactarium à usage intérieur et extérieur a été délégué pour permettre soit d'investir dans une solution logiciel + prestations ou améliorer leur système actuel.

Echanges

J.C. Picaud souligne que ce qui vient d'être présenté est le fruit d'un travail intelligent et bien mené qui fait suite à des travaux engagés depuis des années. Il permet le maintien des lactariums en rééquilibrant les financements, en précisant les indications médicales sur l'attribution de lait par les lactariums.

Il conviendra de maintenir une vigilance sur un éventuel effet seuil qui pourrait être constaté.

7. Quelles courbes de croissance des enfants français ? Barbara Heude (INSERM, UMR1153). Ppt joint

L'objectif premier de ce qu'on appelle le Growth Monitoring est de dépister des maladies chez l'enfant apparemment sain : des mesures régulières sont effectuées par un professionnel de santé qui reporte ces mesures de poids et taille sur des courbes de référence, qui lui permettent de détecter une éventuelle anomalie de la croissance et de déclencher une procédure de diagnostic. Grâce à cette procédure, une affection peut être diagnostiquée plus précocement et le pronostic amélioré.

Le pré requis de ce processus est de s'interroger sur les courbes de référence de mesure des enfants, les affections que l'on cherche à repérer, sur ce que recouvre « une croissance anormale ». Le bilan de la littérature et des préconisations en France et dans le monde montre qu'il n'y a pas de consensus (ni national ni international) sur cette question alors qu'il y a un besoin important de standardisation des outils et des pratiques pour le « Growth Monitoring »¹.

Il s'agit dans ce travail récemment publié² de comparer les références utilisées actuellement en France dans le carnet de santé et les références plus récentes que l'OMS nous incite à utiliser. On sait que les références françaises utilisées dans le carnet de santé ont été établies dans les années 70 à partir de données d'enfants nés dans les années 50 et suivis de façon longitudinale suivant un protocole très précis jusqu'à l'âge adulte. La population n'était pas représentative de la population enfantine de l'époque puisqu'il s'agissait d'enfants d'origine métropolitaine uniquement, habitant Paris ou la proche banlieue, dont le poids de naissance devait être compris entre 2,5 kg et 3,7 kg et sans anomalies dans le comportement des premiers jours ni malformation.

En 2006, l'OMS a proposé de nouvelles courbes (0 à 5 ans) et incité tous les pays du monde à s'y référer. Ces courbes sont issues d'une étude multicentrique (six pays répartis sur la planète entre 1997 et 2003) avec un aspect longitudinal de 0 à 2 ans : les enfants ont été mesurés et pesés régulièrement ; et une étude transversale sur 6700 enfants de 2 à 5 ans avec une seule mesure. Ces données ont été combinées pour faire une seule courbe de croissance Il y avait aussi des critères d'inclusion extrêmement stricts (aucun facteur d'environnement connu pour affecter négativement la croissance, mères non fumeuses avant pendant et après la grossesse, grossesses uniques, absence de pathologie notable.) De surcroit, les mères devaient suivre des recommandations en matière d'alimentation et allaiter jusqu'à 4 mois.

L'OMS considère que ce contexte environnemental et nutritionnel constitue les conditions idéales pour la croissance d'un enfant : il s'agit donc de normes et pas de références. Elle a dans un second temps prolongé ces courbes, mais comme il était compliqué de contrôler l'environnement après 5 ans, ce sont les courbes de la NCHS³, courbes de référence publiées à la fin des années 70, élaborées à partir de données d'enfants nord-américains, qu'ils ont combinées avec les données transversales pour faire la transition avec la courbe de 0 à 5 ans. Entre 5 et 18 ans on ne parle donc plus de normes pour la courbe OMS mais de références.

L'équipe a comparé le positionnement de la croissance d'enfants français actuels en population générale⁴ d'une part aux courbes du carnet de santé, d'autre part à celles de l'OMS et a analysé ces données. Ces enfants étaient nés entre les années 80 et 2007, Il s'agissait de six études longitudinales qui possédaient des données de la naissance à 5 ans (plus de 50 000 mesures portant sur presque 5000 enfants) et 8 études qui étaient soit longitudinales soit transversales avec des données de 5 à 18 ans soit environ 30 000 mesures.

Les résultats concernant la taille des garçons sont présentés ici (les résultats sont tout à fait comparables pour les filles)

Dans un premier temps on positionne la courbe moyenne de taille de ces enfants sur la courbe de référence française et sur la courbe OMS : la courbe de taille des enfants « actuels » se positionne beaucoup plus près en moyenne de la courbe de l'OMS que de la courbe de référence française.

¹ <http://journals.plos.org/plosone/article?id=10.1371/journal.pone.0070871>

² <http://journals.plos.org/plosone/article?id=10.1371/journal.pone.0120806>

³ National Center for Health Statistics (USA)

⁴ Par exemple les témoins de l'étude Epipage ont été inclus mais pas les cas (Témoins)

Cependant, cette représentation ne permet pas de prendre en compte le fait qu'un cm de différence à trois mois n'a pas la même signification qu'un cm de différence à 5 ans ou à 13. C'est pourquoi on a utilisé une approche par zscore⁵ qui permet de tenir compte de la variabilité des paramètres anthropométriques en fonction de l'âge.

Simplement si le zscore est proche de zéro c'est qu'on est proche de la référence utilisée, si on est en dessous c'est qu'on est plus petit que la référence, au-dessus, plus grand.

On constate que la courbe des zscores des enfants des cohortes françaises récentes, s'éloigne du zéro par rapport aux références françaises (carnet de santé) dès les premières semaines de vie et reste à un écart-type à peu près au-dessous. Par rapport à la courbe de l'OMS, la courbe des enfants des cohortes françaises récentes est beaucoup plus proche du zéro avec quelques variations temporelles. Une qui peut éventuellement alerter, c'est un creux observé dans les premiers mois. Ce creux signifie que dans les trois premiers mois, les enfants dont on a recueilli les données ont une croissance beaucoup plus lente que ce que voudraient les références de l'OMS et après ils rejoignent de nouveau la courbe. Mais dans les trois premiers mois, si l'on positionne la courbe de l'enfant moyen, on va avoir l'impression que sa croissance est ralentie. Cela a une application clinique et, en particulier, en matière d'allaitement, puisque dans son papier des Archives de pédiatrie⁶, Corinne Bois avait montré que les enfants allaités avaient en moyenne plus de courbes de croissance « descendantes », possiblement inquiétantes et qui pourraient donner lieu à des conseils nutritionnels tels que la remise en cause de l'allaitement si l'on considère que la croissance n'est pas assez rapide dans les premières semaines. Donc c'est l'un des paradoxes des courbes de l'OMS, qui souhaite promouvoir l'allaitement mais qui met à disposition des courbes sur les quelles la croissance des enfants est plutôt descendante dans les premières semaines.

Entre 5 ans à 18 ans, on continue à observer qu'on est plus proche de l'OMS que des références du carnet de santé, même si l'on est quand même un tout petit peu au-dessus, mais on se souvient que après 5 ans, les données de l'OMS sont celles d'enfants nés dans les années 60⁷. On voit aussi des différences de rythme par rapport aux courbes du carnet de santé qui sont intéressantes, par exemple à 11-12 ans, une « bosse » qui signifie que les enfants actuels ont un pic de croissance staturale beaucoup plus précoce que les enfants dont on a utilisé les données pour faire les courbes des références françaises (carnet de santé) .

En conclusion, on peut de manière très synthétique résumer les forces et faiblesse des courbes de l'OMS :

- Enfants « contemporains » nés dans les années 90 à 2000 contrairement aux courbes du carnet de santé, mais après 5 ans ce sont des données américaines anciennes ce qui est un peu moins satisfaisant
- Position de l'OMS entre 0 à 5 ans c'est comme cela que doit être la croissance puisque ce sont des enfants qui ont grandi dans des conditions favorables, et en fait on observe que les enfants actuels français ont une croissance qui se rapproche plus des courbes de l'OMS que des courbes du carnet de santé.
- MAIS : problème du « petit creux » des six premiers mois avec cette croissance apparemment plus lente des enfants actuels français par rapport aux courbes de l'OMS, alors que ce serait un artefact de ces courbes

La question du poids : On peut être tenté de repositionner nos courbes par rapport à la taille actuelle des enfants mais on sait que cette augmentation de la taille s'est accompagnée d'une augmentation prévalence du surpoids. Si l'on met de la même manière à jour la courbe de poids on pourrait « normaliser » cette augmentation du surpoids. Mais il existe des définitions internationales reconnues par tous qu'on pourrait très bien utiliser pour définir le surpoids et l'obésité indépendamment de la courbe de référence qu'on choisit pour suivre la taille et le poids des enfants.

Enfin, en ce qui concerne les retards de croissance et les pathologies que l'on pourrait détecter en suivant la croissance, on s'attend en rehaussant le niveau de la courbe de taille à avoir une meilleure sensibilité et donc un gain attendu en délai diagnostique pour repérer les pathologies cibles du

⁵ Outil statistique pour raisonner en termes d'écart à une moyenne rapporté à l'écart type

⁶ Usage comparé des courbes de l'Organisation mondiale de la santé et des courbes françaises dans le suivi de la croissance pondérale des jeunes nourrissons. C. Bois, J. Servolin, G. Guillemot Archives de pédiatrie Volume 17, n° 7 (juillet 2010)

⁷ Effet de la tendance séculaire à l'augmentation de la taille

monitoring de la croissance mais perdre en spécificité bien sûr vis-à-vis de ce retard puisqu'un plus grand nombre d'enfants qui ont une petite taille physiologique vont être inquiétés à tort. Tout cela fait partie d'une réflexion beaucoup plus globale que nous vous devons vous présenter à l'automne lors de la prochaine CNNSE.

Echanges :

Pour Bertrand CHEVALLIER, le choix de la bonne courbe va être un travail pour le futur carnet de santé dont les travaux vont commencer prochainement

Marc PILLIOT pense qu'il est délicat de comparer la croissance des enfants français qui sont toujours nourris principalement au biberon alors que les courbes OMS sont faites avec des allaitements. On sait qu'avec l'allaitement il y a une croissance bien plus importante lors des 3-4 premiers mois puis après cette croissance chute pour se retrouver avec près d'un cm de moins que les enfants nourris au biberon. La baisse remarquée ne correspond-elle pas à cela ?

Barbara HEUDE répond qu'au contraire, que les données sur la croissance des enfants allaités, ne sont pas du tout observées sur les données françaises. L'article de Corinne Bois ne l'observait pas du tout non plus. Il y avait beaucoup plus d'enfants qui avaient une croissance ralentie lorsqu'ils étaient allaités au cours des premières semaines qu'une croissance accélérée. Parmi les études rassemblées il y avait l'étude EDEN pour laquelle il y avait des données sur l'allaitement assez précises. Une analyse a été faite en séparant les enfants allaités et non allaités. On observe que la vitesse de croissance des enfants allaités au cours des premières semaines est plus faible et non pas plus rapide et ce n'est pas du tout l'allaitement qui explique les différences avec les courbes de l'OMS.

Marc PILLIOT précise qu'il peut y avoir un autre effet pervers qui est qu'en France, les allaitements sont très difficiles à démarrer et que les courbes de poids sont très insuffisantes, signe que l'allaitement ne marche pas bien.

Barbara HEUDE relève qu'on soupçonne en effet que c'est la raison de cette différence l'OMS n'ayant inclus, dans les bases de données qui ont servi à construire les courbes, uniquement les femmes qui ont eu un allaitement très performant et donc des enfants qui ont eu une croissance rapide avec cet allaitement. Les mères qui ont eu des difficultés, qui à un moment ou l'autre ont introduit un biberon, ont été exclues, si bien qu'il y a un biais de sélection qui fait que qu'on n'a retenu que les croissances très rapides dans les premières semaines pour construire les courbes.

Marc PILLIOT indique que la courbe de croissance est le premier signe qui montre que l'allaitement ne marche pas bien et il qu'il faut accompagner la femme.

Barbara HEUDE ajoute que le problème avec les courbes OMS, c'est que cet effet va être accentué et qu'il pourrait conduire à mettre fin à l'allaitement pour de mauvaises raisons. Si cela sert au contraire à mieux accompagner pour poursuivre l'allaitement, c'est bien mais pas si cela amène à introduire des compléments.

Nathalie GELBERT souligne que le carnet de santé est un outil de transmission de données, en revanche ce qui est un outil pour accompagner les enfants ce sont les logiciels. En fait, on a besoin de ces courbes pour les logiciels. Les médecins, en ville ou à l'hôpital travaillent sur informatique.

Bertrand CHEVALLIER précise que la croissance au cours des premières semaines est une question compliquée, les facteurs sont multiples notamment les facteurs fœtaux jouent un rôle important. Les premiers mois sont toujours compliqués à analyser : rôle de la nutrition, rôle des facteurs fœtaux.

Barbara HEUDE précise que les courbes dites « customisées » existent pour le poids de naissance mais pas pour la croissance postnatale. Par contre ce travail vise à développer des outils à la décision si possible implémentables ultérieurement dans les logiciels médicaux qui prennent en compte le plus de paramètres utiles

8- Point Vaccination : Bertrand Chevallier :

La CNNSE doit travailler sur les points d'actualité qui relèvent de son champ. B Chevallier souhaite évoquer un phénomène qui prend de l'ampleur actuellement dans les consultations et sur les forums et qui porte sur la méfiance des parents à l'égard des vaccins. Ce phénomène s'aggrave depuis la prise de position récente d'un chirurgien marseillais et la mise en ligne d'une pétition ayant récolté déjà près de 500 000 signatures en 15 jrs. Or, ce que disent les parents, ce que relaient les forums est très inquiétant.

Par ailleurs la mise en ligne de cette pétition a entraîné une sidération des professionnels de santé. Les professionnels disent avoir senti vaciller leur patientèle : des refus de vaccination d'un enfant de 2 mois ou le refus d'un rappel de 6 ans étaient des choses inimaginables auparavant.

Cette mise en ligne a entraîné plusieurs réactions de la part des professionnels de santé.

Marc Pillot a fait parvenir aux membres de la CNNSE deux textes dans lesquels il répond point par point, aux arguments développés par ce chirurgien. Ces documents seront joints au compte-rendu.

De son côté, l'Académie nationale de médecine vient de publier un communiqué intitulé « *La vaccination demeure un des fondements de la médecine préventive* » sous la responsabilité du Pr Bégué. Enfin des documents informatifs existent sur le site de l'association française de pédiatrie ambulatoire (fiches vaccination).

Les professionnels de santé se demandent avec inquiétude comment se positionner par rapport à ces écrits, comment répondre aux parents qui refusent des vaccinations non obligatoires mais aussi depuis peu les vaccinations obligatoires.

Enfin, de nombreuses informations existent sur le site du ministère, notamment sous forme de questions/réponses qui peuvent être très utiles pour les professionnels (<http://www.sante.gouv.fr/vaccinations-vaccins-politique-vaccinale.html>).

Quelle stratégie développer pour être efficace vis-à-vis des parents ?

Marie-Hélène Loulergue, (sous directrice de la prévention des risques infectieux) indique que la sous direction de la prévention des risques infectieux est chargée d'élaborer la politique vaccinale à la DGS. Mme Loulergue reprend ce qui est à l'origine de la pétition mise en ligne sur internet. Tout est parti d'une tension d'approvisionnement mondiale de vaccins contenant la valence coqueluche

Pour répondre à ces tensions et aux besoins du plus grand nombre, les firmes pharmaceutiques ont privilégié la production de vaccins qui permettent la vaccination complète des nourrissons. Les pouvoirs publics ont décidé de continger l'administration de certains vaccins en les réservant aux services de PMI et centres de vaccinations pour préserver au mieux les doses notamment pour les nourrissons de Guyane et Mayotte et ceux nés de mère hépatite B chronique qui ont un calendrier des vaccinations particulier.

La tension a été exploitée pour faire peur au public, notamment aux parents et relayer de fausses informations. Cette communication a également jeté le trouble chez les professionnels de santé qui ont été confrontés aux interrogations et refus des parents et dont les consultations ont été rapidement débordées.

Les membres de la CNNSE souhaitent qu'au-delà de la réaction ministérielle une position officielle du ministère chargé de la santé soit affirmée et affichée pour contrer les messages circulants. Ils se sentiraient ainsi soutenus.

Echanges :

Bertrand CHEVALLIER indique qu'il existe des blogs de mères de famille qui cherchent des informations objectives pour diffuser les messages, du type questions/réponses. Beaucoup de personnes sont à la recherche d'informations validées et ont besoin de repères car ils sont perdus.

Nathalie GELBERT dit qu'il est très difficile pour des parents qui n'ont pas voulu vacciner leur enfant de se trouver avec un enfant malade. Ils culpabilisent énormément.

La méfiance à l'égard des vaccins augmente régulièrement depuis une dizaine d'années. La CNNSE souligne l'importance pour les professionnels de santé d'être soutenus dans leur démarche par l'institution.

Les professionnels exerçant en service de néonatalogie ou réanimation néonatale partagent le même vécu : sauver des enfants qui pesaient de 500 à 600 grammes à la naissance et voir ensuite les parents être réticents voire refuser que leur enfant soit vacciné sont des choses qui déstabilisent énormément les équipes. Ces enfants sont très fragiles et beaucoup plus à risque.

Marc PILLIOT indique qu'il a été inondé de messages sur son blog. Des mères indiquaient qu'elles étaient soulagées de trouver des réponses aux affirmations contenues dans la pétition, des médecins indiquaient avoir trouvé des réponses qui leur permettaient de trouver des arguments étayés et utiles dans les échanges qu'ils ont avec les parents. Le ministère doit mettre à dispo l'information pour les professionnels et les parents : les médias sont très rapides à se saisir d'un accident survenant, beaucoup moins rapides pour rapporter une séquelle après une non vaccination.

Anne-Sophie DUCLOY-BOUTHORS rappelle que dans la région Nord-Pas-de Calais, la communication concernant la campagne de vaccination des femmes enceintes contre la grippe AH1N1 s'est appuyée sur le décès de 3 femmes

Dans le cadre du PLMSS, a été évoquée la mise en place à l'avenir d'un portail santé publique : il conviendra de penser à organiser l'information et la communication par le ministère de la santé.

Bertrand CHEVALLIER synthétise ces échanges en rappelant que les professionnels de santé et la population ont un énorme besoin de documents officiels émanant du ministère de la santé sur lesquels s'appuyer. La CNNSE va adresser rapidement au directeur général de la santé, un courrier lui demandant de porter un message clair sur ce sujet. Les professionnels relayeront sans relâche les messages mais ont besoin d'être soutenus dans leur mission.

Point sur les maisons de naissance : Julie Barrois

Pour rappel, la loi n° 2013-1118 du 6 décembre 2013 relative à l'expérimentation des maisons de naissance prévoit que la HAS rédige un cahier des charges relatif à cette expérimentation. Il a été publié en septembre 2014.

Un groupe de travail a été constitué par la DGOS en février 2015 pour contribuer à la préparation du décret qui déterminera les conditions de réalisation de l'expérimentation.

Le projet de décret a été transmis au Conseil d'Etat qui a désigné Mme Dominique Versini comme rapporteur. Le décret devrait être publié fin juillet.

Un arrêté déterminant la liste des pièces à fournir pour constituer le dossier de candidature sera publié aussitôt. La réception des dossiers se fera mi-septembre puis la HAS les étudiera.

L'arrêté fixant la liste des maisons de naissance autorisées à fonctionner à titre expérimental sera publié, après avis conforme de la HAS, au plus tard le 6 décembre 2015 (dans un délai de deux ans après la promulgation de la loi de 2013).

La séance est levée par le président. La prochaine réunion est fixée **le mardi 24 novembre**.