

Compte rendu de la réunion plénière

Commission nationale de la naissance et de la santé de l'enfant (CNNSE) 24 novembre 2015

Participaient à la réunion

- Anne-Marie de BELLEVILLE	Référent ARS périnatalité
- Chantal BIRMAN	Association nationale des sages-femmes libérales
- Gérard BREART	Personnalité qualifiée
- Marc BRODIN	FNEHAD
- Bertrand CHEVALLIER	Vice-président de la CNNSE
- Annette COLONNIER	DGS/R12
- Sébastien COLSON	Association nationale des puéricultrices diplômées et étudiantes
- Déborah CVETOJEVIC	DGOS/ Chef du bureau R3
- (Chantal DUCROUX-SCHOUWEY	CIANE
- François EDOUARD	UNAF
- Bernard FALIU	DGS/MC1
- Pierre FOUCAUD	Conférence des Présidents de CME des CH
- Marie-France GAUCHER	FHP
- Chantal GIRARD	DGOS/R3
- Soline GOUESBET	FEHAP
- Sophie GUILLAUME	Collège national des sages-femmes
- Véronique HOUFFLIN-DEBARGE	Club francophone de médecine foetale
- Martine HUOT-MARCHAND	Personnalité qualifiée
- Marie-Josée KELLER	Conseil National de l'Ordre des sages-femmes
- Fabienne KOCHERT,	Société Française de Pédiatrie (remplaçant César Dalloul)
- Laurence LAVY	cheffe du Bureau des addictions DGS/MC2
- Brigitte LEFEUVRE	DGS/MC1
- Didier LEMERY	Personnalité qualifiée
- Agnès LORDIER-BRAULT	DGOS/RH
- Nicole MATET	Secrétariat de la CNNSE, DGS/MC1
--Flore MOREUX	DGS
- Jonathan MORIZOT	DSS
- Catherine PACLOT	DGS/MC1
- Jean-Charles PICAUD	Société française de pédiatrie
- Francis PUECH	Président de la CNNSE
- Murielle RABORD	DGOS/R3
- Jean-Jacques ROBERT	Personnalité qualifiée
- Hélène SIAVELLIS	DGCS
- Marie SEVAL	DSS
- Jean TOURRES	Société française d'anesthésie-réanimation

Intervenants :

- Barbara HEUDE	INSERM UMR 1153
- Martin CHALUMEAU	INSERM UMR 1153
- Pauline SCHERDEL	INSERM UMR 1153
- Cécile BROUARD	InVS
- Florence LOT	InVS
- Gwladys	NABI
- Luc REFABERT	Pédiatre tabacologue
- Pascal REVAULT	COMEDE
- Thomas JAN	CNAMTS

1. Approbation du compte-rendu de la réunion du 23 juin 2015

L'approbation du compte-rendu est reportée, à charge pour les participants d'adresser leurs réactions au plus tard le mardi 1^{er} décembre.

2. Rappel de la nécessité d'adresser un formulaire de déclaration publique d'intérêt

Francis PUECH rappelle la nécessité pour chaque participant de remplir un formulaire de déclaration publique d'intérêt et de l'adresser au secrétariat de la CNNSE.

3. Dépistage des maladies infectieuses en cours de grossesse : résultats de l'enquête Elfe en maternité, France métropolitaine, 2011¹ : Cécile Brouard – InVS (cf powerpoint)

Cécile BROUARD rappelle que l'enquête Elfe est un travail collaboratif d'épidémiologistes de l'InVS.

Le dépistage de la toxoplasmose, la rubéole, la syphilis et l'hépatite B sont obligatoires pendant la grossesse. Le dépistage du VIH est proposé lors du premier examen prénatal. Le dépistage du cytomégalovirus ne fait pas l'objet de recommandations de dépistage. En revanche des informations portant sur la prévention du CMV ont été émises en 2004 par le HCSP² et restent d'actualité. L'objectif de l'enquête Elfe était d'étudier les pratiques de dépistage de ces maladies infectieuses. Elfe est une étude de cohorte visant à suivre pendant vingt ans 18 000 enfants nés en 2011, dans le but d'étudier comment les conditions de vie de l'enfant affectent son développement, sa santé et sa socialisation.

Les données utilisées pour l'analyse sont celles recueillies dans les maternités par les sages-femmes enquêtrices auprès des femmes et le questionnaire a été complété à partir du dossier médical. Ces femmes étaient majoritairement nées en France (79,9%) et 23,2% résidaient en Île-de-France. Plus de la moitié des mères avait fait des études supérieures et 63,7% avaient une activité professionnelle au moment de la grossesse.

Résultats

Les mères avaient un âge médian de 30 ans, 91% vivent en couple et plus de la moitié a déjà un enfant. Les deux tiers exerçaient une activité professionnelle et 85% bénéficiaient de la couverture maladie hors CMU/AME.

91% des femmes ont déclaré leur grossesse au cours du premier trimestre et ont bénéficié de huit visites prénatales. Au total 99,7% des femmes étaient suivies pendant cette grossesse.

Le dépistage de la toxoplasmose a été réalisé chez 94,2% des femmes, non réalisé chez 2,8% d'entre elles. En excluant les femmes pour lesquelles l'information était manquante, 2,9% des femmes n'avaient pas été dépistées dont 97,5% en raison d'une immunité déjà connue. Au total, 0,07% des femmes n'avaient pas été dépistées alors qu'elles auraient dû l'être

En ce qui concerne le dépistage de la syphilis, les données montrent qu'il a été réalisé chez 90,5% des femmes et non réalisé chez 2,6%. Par ailleurs, l'information manquait pour 6,9% d'entre elles. En excluant les femmes pour lesquelles l'information était manquante, l'absence de dépistage concernait 2,8% des femmes. Parmi les femmes dépistées, 0,05% étaient positives.

S'agissant du dépistage de l'hépatite B, il a été réalisé pour 92,4% des femmes et non réalisé pour 2,3%. L'information manquait pour 5,5% des femmes, plus fréquemment pour celles résidant en Île-de-France. Parmi les mères dépistées en cours de grossesse, 0,8% des femmes étaient positives pour l'AgHBs. En excluant les femmes pour lesquelles les informations étaient manquantes, 2,3% des femmes n'ont pas été dépistées au cours de leur grossesse. La raison majeure tient aux antécédents de vaccination chez 86% de ces femmes. De plus, pour 4% d'entre elles, un portage chronique du virus était déjà connu. Par ailleurs, 0,8% des femmes dépistées étaient Ag HBs+ avec une gradation selon leur pays de naissance.

¹ BEH N° 15-16 - 12 mai 2015

² www.hcsp.fr/explore.cgi/a_mt_080302_CMV_grossesse.

Parmi les 85% de femmes porteuses chroniques du virus dont l'information sur la prise en charge du nouveau-né était connue, seulement 74,5% des enfants ont reçu une sérovaccination complète et 22,2 % n'ont eu aucune mesure de prévention.

S'agissant du dépistage du VIH (donnée déclarative), 11% des femmes ont déclaré ne pas avoir effectué de dépistage. Près de la moitié de celles-ci ont indiqué que le test ne leur avait pas été proposé, et un quart avait bénéficié d'un test récent.

Enfin pour le dépistage du CMV, environ un quart des questionnaires étaient manquants. L'information concernant le dépistage du CMV au cours de la grossesse était présente pour 76,6% des mères et, parmi celles-ci, le dépistage du CMV a été réalisé pour 24,6%, en dehors de toute recommandation.

Conclusions

Les limites de cette étude résident dans le fait que 3 à 7% des données sont manquantes dans les dossiers médicaux.

Pour la toxoplasmose, 0,07% des femmes non dépistées auraient dû l'être.

Les dépistages de la syphilis et de l'hépatite B étaient insuffisamment réalisés chez les femmes ayant accouché en France métropolitaine en 2011. Les mesures de prévention chez les nouveau-nés de mères ayant une hépatite B chronique ne sont pas toujours effectuées

Ces résultats soulignent la nécessité de continuer à sensibiliser les professionnels de santé sur la mise en œuvre des dépistages des maladies infectieuses pendant la grossesse et des mesures de prévention qui y sont associées (Hépatite B) et de rappeler les mesures de prévention du CMV. Le rôle des sociétés savantes est ici indispensable.

Echanges

Quel est l'effet du redressement sur les pourcentages ? Le redressement a peu modifié les pourcentages. Il n'est pas exclu, par contre, que l'absence de dépistage de la toxoplasmose pour 0,07% des femmes soit due à une absence de mention dans le dossier médical. En fait, un plus grand nombre de données étaient manquantes dans les dossiers médicaux d'Ile-de-France. Cela étant, l'article publié dans le BEH a rencontré un certain nombre de répercussions

Un participant fait remarquer que 3% des femmes échappent à l'obligation de dépistage. De ce fait, il serait possible de contourner cette obligation par un dépistage systématique. De façon générale, il serait indiqué de s'interroger sur l'efficacité même de la notion d'obligation.

En dehors de la publication dans le BEH, il est demandé aux sociétés savantes représentées au sein de la CNNSE de relayer cette information auprès des professionnels dans le cadre de leurs réseaux pour améliorer le dépistage des maladies infectieuses pendant la grossesse.

Par ailleurs, ces résultats seront mis en ligne sur le site du Collège national des sages-femmes. Il est également demandé de transmettre les résultats de cette étude publiés dans le BEH à la commission régionale de la naissance de la région Nord-Pas-de-Calais.

Des recommandations visant à avancer le dépistage de l'hépatite B lors du premier examen prénatal ont été proposées³. Il est en effet possible de traiter les femmes présentant une charge virale importante en fin de grossesse pour ne pas contaminer le nouveau-né ; mais cela nécessite que les femmes soient dépistées plus tôt pour que la prise en charge puisse se faire de façon adéquate. La HAS a aussi été saisie par la DGS d'une demande d'avis concernant un dépistage systématique de l'hépatite C pendant la grossesse.

³ Prise en charge des personnes infectées par les virus de l'hépatite B ou de l'hépatite C : rapport sous la direction du Pr Daniel Dhumeaux sous l'égide de l'ANRS et de l'Association française pour l'étude du foie (AFEF).

4. Peser et mesurer régulièrement les enfants : pour quoi faire ?": Pauline Scherdel, Barbara Heude et Martin Chalumeau (cf powerpoint)

Martin CHALUMEAU rappelle que l'enjeu principal de la surveillance de la croissance est de repérer précocement des maladies graves chez des enfants apparemment sains. En cas d'anomalie de croissance, une procédure de diagnostic est déclenchée.

Barbara HEUDE a présenté lors de la CNNSE du 23 juin dernier une première phase d'analyse. Le tableau projeté à l'écran présente les courbes de référence françaises et les courbes de l'OMS. Les courbes de référence françaises ont été mises en place en 1979 et sont jugées aujourd'hui obsolètes. L'OMS a construit en 2006 des « normes » de croissance entre 0 à 5 ans incluant des enfants allaités de façon exclusive jusqu'au moins quatre mois. Après l'âge de cinq ans, l'OMS a considéré qu'il était trop complexe de contrôler l'environnement nutritionnel de l'enfant et a utilisé des données existantes de 5 à 19 ans des Etats-Unis.

L'étude présentée a porté sur environ 27 000 enfants français apparemment bien portants en comparant la croissance de ces enfants par rapport aux courbes de l'OMS. Un creux a été constaté dans les six premiers mois de vie, avec une forte prévalence de petites tailles de 0 à 2 ans. En outre la définition de l'OMS du surpoids et de l'obésité étant apparue trop complexe, celle de l'IOTF⁴ a été jugée préférable.

Comment définir une croissance anormale ?

Une enquête européenne auprès de 1 200 pédiatres de ville dans 11 pays européens a montré d'importantes variations des pratiques de la surveillance de la croissance. Martin CHALUMEAU indique que 71% des pédiatres analysent la croissance grâce à l'utilisation de logiciels informatiques pour tracer les courbes. Des preuves fortes de sous-optimalité de la surveillance de la croissance existent. En effet, des études ont montré des délais diagnostiques longs pour certaines affections cibles. Il est ainsi apparu un délai diagnostique moyen de 2,3 ans pour le déficit en hormone de croissance. La littérature fait état de chiffres similaires pour la maladie de Turner et la maladie cœliaque. *A contrario*, pour les faux positifs, une étude néerlandaise fait apparaître que 95% des enfants envoyés à l'hôpital pour des inquiétudes sur la croissance et ayant des bilans diagnostiques n'ont que des variantes non pathologiques de celle-ci. La quantité d'investigations invasives et de dépenses de santé inutiles apparaît par conséquent très élevée.

Par ailleurs, une revue systématique - en collaboration avec une équipe finlandaise et une équipe néerlandaise - des algorithmes de repérage des affections et du niveau de validation a abouti, au bout de dix-huit mois, à identifier sept algorithmes. Il est en outre apparu que la règle de Grote était l'une des plus performantes. Les sept algorithmes recensés dans la littérature sont soit des recommandations de pratiques cliniques, soit des règles de décision clinique issues de combinaisons mathématiques.

Résultats : niveau de validation des sept algorithmes

Le niveau de validation n'est finalement pas très élevé, mais certaines règles apparaissent néanmoins intéressantes. Dans la littérature, deux études portent sur l'impact du type de courbe utilisé (courbe nationale ou courbe de l'OMS) sur les performances : une grande modification de la sensibilité théorique selon le type de courbe apparaît.

Pour sa part, l'étude présentée par INSERM réalise une analyse complète de la validité externe des sept algorithmes afin de tenter d'identifier la meilleure courbe. La sensibilité et le gain théorique du délai diagnostique sont calculés à partir d'enfants avec des affections cibles prioritaires tels que le déficit en hormone de croissance, le syndrome de Turner et la maladie cœliaque. La spécificité est calculée à partir d'enfants apparemment sains.

Les résultats présentés ce jour portent sur les trente-trois premiers enfants avec un déficit en hormone de croissance associé à une interruption de tige pituitaire. D'autres résultats sur d'autres affections cibles sont en cours de saisie et figureront dans l'article final.

Il apparaît que deux algorithmes présentent une spécificité supérieure à 98% : la règle de Grote et le critère de Coventry. On constate ensuite une grande différence de sensibilité au profit de la règle de Grote. Les gains de délais diagnostiques théoriques apparaissent moins importants, mais ces résultats propres aux enfants avec un déficit en hormone de croissance pourraient être modifiés par l'inclusion d'autres enfants.

⁴ International Obesity Task Force

Résultats : impact de la courbe

La règle de Grote étant considérée comme la plus efficiente, son application aboutit à un résultat inverse de celui de la littérature. Les courbes de l'OMS semblent donner des performances différentes. Ainsi la sensibilité est de 78,8% pour les courbes de l'OMS et de 66,7% pour les courbes françaises, avec une spécificité de 98,3% pour les courbes de l'OMS et de 99,2% pour les courbes françaises. Les gains théoriques de délais diagnostiques sont à la limite de la significativité.

En définitive, les résultats révèlent un impact certain du choix du type de courbe, ce qui devrait influencer la discussion en cours sur la rénovation du carnet de santé.

Perspectives actuelles

Il s'agit de créer un nouvel algorithme envisagé comme un compagnon clinique, afin d'aider à l'interprétation des courbes de croissance et de repérer lorsqu'elles sont anormales. Cet algorithme ajouterait des paramètres auxologiques tels que le poids et l'IMC. Pour évaluer les performances, il est important de déterminer les affections cibles prioritaires. Actuellement cinq maladies ont été étudiées sur les 100 listées par l'ESPE.⁵

Il convient enfin de s'interroger sur la nécessité de mettre en œuvre des nouvelles courbes françaises. Un *consortium* a été créé avec les médecins de premier recours et les industriels pour la mise en place d'un logiciel métier pour présenter le projet à l'ANR, malheureusement celui-ci n'a pas été retenu. Ces travaux devront malheureusement cesser au 1^{er} octobre 2016, faute de financement.

Conclusion

La surveillance de la croissance s'inscrit dans une activité implicite de dépistage universel quasi-continue, avec des enjeux massifs en termes de santé pour les enfants aussi bien pour les faux positifs que les faux négatifs. Ses performances sont actuellement très suboptimales

Echanges

La comparaison entre les courbes françaises et les courbes de l'OMS pour les enfants de plus de quatre ans a-t-elle fait apparaître une différence en termes de vitesse de croissance ?

Une revue systématique de tous les travaux, dont ceux de Melissa TAYLOR a été réalisée. (voir à ce propos l'article du Lancet joint en copie).

Les études soutiennent l'idée qu'il est possible de parvenir à une amélioration en termes de vitesse de diagnostic. L'OMS propose des vitesses de croissance jusqu'à deux ans, c'est surtout après cet âge que les vitesses sont utilisées en pratique.

Un membre de la CNNSE demande si des éléments en termes de valeur prédictive négative et positive pourraient utilement être communiqués, aussi bien au bénéfice des cliniciens que des parents. C'est le cas, elles seront extrapolées

Quel est le montant des fonds encore nécessaires pour poursuivre l'étude ?

Un financement a été sollicité auprès de l'ANR, qui n'a pas jugé l'étude prioritaire. Globalement, le coût d'un ingénieur chargé d'études s'élève à 40 000 euros par an.

Les généralistes utilisent-ils les mêmes logiciels métiers que les pédiatres ?

C'est le cas pour 50% des généralistes qui utilisent des logiciels CGM.

Pourquoi est-il préférable dans la pratique d'utiliser les courbes françaises ? Qu'en est-il de l'augmentation de prévalence de l'obésité observée depuis plusieurs années ?

Il paraît nécessaire, en termes de rythme, de cadrer avec la croissance des enfants français actuelle.

Et il semble incongru d'utiliser aujourd'hui des courbes d'enfants américains des années 1970.

Concernant le surpoids et l'obésité, l'IOTF a élaboré des références internationales utilisables.



EBGM Lancet DE.pdf



EBGM Lancet DE
suppl appendices.pdf

⁵ European Society for Paediatric Endocrinology

5. Retour d'information concernant une réunion sur la vaccination : Pr Bertrand CHEVALLIER

Bertrand CHEVALLIER rappelle que lors de la dernière réunion, il avait été discuté des difficultés de vaccination rencontrées par les professionnels de santé, démontrant une défiance de plus en plus grande des familles à l'égard de la vaccination. La CNNSE avait été destinataire d'un certain nombre de courriers de professionnels de santé en ce sens, se plaignant notamment de ne pas se sentir soutenus par les autorités. Le président et le vice président de la CNNSE décident en séance d'adresser un courrier d'alerte au Directeur Général de la santé (DGS). Ce courrier a été adressé par B. Chevallier le 8 juillet au DGS

La réponse de Benoît VALLET en date du 12 août a fait état d'un souci de transparence devant les problèmes d'approvisionnement de certains vaccins BCG et coqueluche, ainsi que de la nécessité de faire connaître la politique d'information du ministère. Pour le reste, la DGS est dans l'attente de la remise du rapport Hurel. Ce rapport, initialement attendu autour du 15 août 2015, devrait finalement être déposé en fin d'année.

Lors d'une réunion organisée le 25 septembre dernier à la demande de Benoît VALLET, a été évoquée la nécessité de constituer un groupe de dialogue régulier réunissant tous les 2 ou 3 mois les professionnels de santé sur certaines problématiques majeures de santé publique. L'objectif est de faire circuler une information à double sens :

- du terrain aux autorités de santé publique ;
- des autorités de santé publique aux professionnels de santé pour un relai efficace, en particulier avec la médecine ambulatoire.

La réunion du 25 septembre portait uniquement sur la vaccination de l'enfant et de l'adolescent. Les professionnels ont déploré le peu de réactivité du ministère et de la DGS face aux alertes du terrain, ainsi que le manque de lisibilité du rôle de l'INPES. De plus, l'existence de disparités régionales des organisations face à une politique vaccinale centralisée et une gestion critiquable de la pénurie de vaccins ont été évoquées. En définitive, les professionnels ont sollicité davantage de solutions aux problèmes rencontrés ainsi que des moyens pour contrer la désinformation.

Le DGS a clairement répondu sur les raisons de la pénurie de vaccins, liée à la chaîne de fabrication et à la demande vaccinale accrue des pays tels que l'Inde et la Chine. Un souci de transparence a été émis, aboutissant à la demande d'organisation régulière de réunions d'information.

Enfin l'articulation entre les PMI et la médecine ambulatoire a été évoquée lors de cette réunion.

Par ailleurs, une étude sur la vaccination HPV a été présentée lors de la réunion du 25 septembre. Cette étude devrait prochainement être publiée dans une revue internationale de prestige.

En synthèse, les points positifs abordés lors de la réunion ont été nombreux : place laissée à l'expression des professionnels, bonne communication sur la gestion des pénuries, point sur les études terminées ou en cours...

Au titre des attentes non satisfaites, ont notamment été évoquées les modalités d'information aux professionnels de l'enfance ainsi qu'une nécessité de contre-argumentaire à apporter au web. De plus, le développement d'outils communs aux sociétés savantes et au ministère a été jugé indispensable, en travaillant de façon conjointe avec la nouvelle agence de santé publique.

La DGS prévoit une réunion prochaine du groupe de dialogue courant décembre 2015 ou début janvier 2016.

Echanges :

Qui étaient les représentants des usagers présents dans le groupe de dialogue ? Des représentants de l'UNAF étaient présents.

Un membre de la CNNSE juge important de communiquer par l'intermédiaire des blogs de mères de famille pour contrer la désinformation. Il soutient la proposition émise en ce sens, de même que celle de mise en place d'un site d'information alimenté par les professionnels.

Un autre membre souligne l'importance de s'appuyer sur les unions régionales des professionnels de santé pour favoriser la vaccination.

Le rapport Hurel, non encore remis à la ministre à ce jour, portera notamment sur la question du maintien ou non de l'obligation vaccinale. Le cas échéant, cette obligation serait remplacée par une autre mesure. Selon les informations parues dans la presse, le rapport évoque largement le sujet de l'éducation thérapeutique, en particulier l'introduction du ratio bénéfices-risques, en présentant une revue des pratiques étrangères. Ce rapport devrait comporter un chapitre sur la vaccination anti-HPV. Enfin le rapport préconiserait qu'un comité d'experts indépendants s'apparentant à un « comité des sages », traite des problèmes de santé publique incluant la vaccination et l'incidence de la pollution sur la santé.

Ces thèmes sont-ils développés par les Conseils nationaux de pédiatrie ? Effectivement, il existe actuellement un grand nombre de DPC sur les vaccins.

6. Vapotage passif : effets sur la santé de l'enfant : Dr Luc Refabert (cf powerpoint)

Luc REFABERT rappelle que la vente de cigarettes électroniques a connu une croissance considérable dans le monde au cours des dernières années. Cependant, les données récentes publiées dans le *New York Times* montrent une stagnation de cette augmentation.

Quelques constats

La cigarette électronique est composée de trois parties : une batterie, un fil chauffant le liquide présent dans le compartiment et un compartiment. Le liquide chauffé et transformé en vapeur, est composé à 75% de propylène-glycol ou de glycérol, de 4% d'eau, de 2% de nicotine et de 2% d'arômes.

Le propylène-glycol a initialement suscité des inquiétudes mais entraîne en définitive peu d'effets toxiques sur la population. Toutefois une étude a testé l'inhalation pendant une minute de ce produit auprès du personnel naviguant d'une compagnie aérienne. En conclusion, un léger effet oculaire et respiratoire a été constaté sur ce public sain. En revanche, la question de l'effet du même produit sur les fonctions respiratoires de patients atteints de bronchites chroniques ou d'asthme n'a pas été posée.

Par ailleurs, si les arômes ont été validés pour des utilisations alimentaires, en aucun cas leurs conséquences sur les fonctions respiratoires n'ont été analysées.

La concentration de nicotine affichée par les fabricants est souvent assez loin de la réalité, tout au moins pour les anciennes cigarettes électroniques. Les recharges sont habituellement de 10 à 30 ml et les concentrations vont de 0 à 20mg/ml. Or la dose létale est de 40-60 mg chez l'enfant et de 0,8-1mg/kg chez l'adulte non-fumeur. La toxicité cutanée et oculaire du produit est indéniable.

Sachant qu'il est établi que le taux de nitrosamines du tabac présente un risque cancérigène, la cigarette électronique comporte de légères doses de nitrosamines. De même, les aldéhydes et les métaux sont présents en quantité négligeable.

La vapeur de cigarette électronique a une durée de vie de onze secondes mais la distribution de taille des particules est assez proche des caractéristiques de la fumée de cigarette. De plus, cette vapeur, d'après une étude récente, affecte l'ADN et entraîne des morts cellulaires même en l'absence de nicotine.

Goniewicz et al. ont montré qu'après vapotage expérimental la quantité de nicotine déposée sur le sol et sur les vitres était multipliée respectivement d'un facteur 47 et 6. On pense bien évidemment au risque d'exposition à la nicotine d'un nourrisson qui marche à quatre pattes sur le sol d'un logement où ses parents vapotent.

Les effets de l'exposition passive de l'aérosol des cigarettes électroniques ont été étudiés pour cinq minutes de vapotage toutes les trente minutes dans une pièce d'exposition de 39 mètres cubes. Il apparaît que la nicotine est présente dans la pièce après vapotage, mais dans des proportions moindres que celles d'une cigarette. Les particules fines (comme celles du diesel) sont également présentes dans des proportions non négligeables mais pas le monoxyde de carbone ni les composés organiques volatils.

Une autre étude analyse la nicotémie pour quinze fumeurs et quinze non-fumeurs, dans une pièce de 60 mètres cubes avec une exposition pendant une heure. Chez le non-fumeur soumis à la vapeur de cigarette électronique, la nicotémie augmente de façon significative, ce qui est catastrophique pour l'enfant *in utero*, il est en effet avéré que le placenta filtre peu ou pas la nicotine. Or la nicotine a

des effets non négligeables sur le poumon fœtal, en modifiant la morphogénèse de la ramification bronchique. Les malformations congénitales dues à la nicotine portent principalement sur le système respiratoire. En outre, des études ont démontré un effet transgénérationnel de la nicotine. Nous n'avons pas d'étude avec la cigarette électronique chez l'homme. Mais nous avons une étude avec le tabac. Chez l'enfant exposé au tabagisme de la mère elle-même exposée au tabagisme de sa mère, le risque d'asthme chez l'enfant est multiplié par 2,6. Si l'enfant lui-même n'a pas été exposé au tabagisme de sa mère alors que la grand-mère avait fumé pendant sa grossesse, le risque d'asthme chez le petit enfant est encore multiplié par 1,8.

La perception des dangers est nettement inférieure à celle du tabac, ce qui peut conduire les femmes enceintes à vapoter. Il s'agit donc d'un vrai sujet.

La cigarette électronique est-elle une porte d'entrée dans le tabagisme ?

Une des principales sources d'inquiétude serait que la cigarette électronique puisse être attractive pour les enfants (et qu'ils soient la cible du marketing). Le risque serait que les enfants deviennent dépendants de la nicotine avant même de commencer à consommer du tabac. Les partisans de la cigarette électronique avancent l'argument que les jeunes ne sont pas pour l'instant attirés par les substituts nicotiques sous forme de patch ou de gomme. Plusieurs études semblent leur donner tort. Un petit sondage dans deux villes d'Écosse montre que près d'un quart des 13-14 ans et près de 50% des 15-18 ans ont déjà essayé la cigarette électronique. Pour 22% d'entre eux l'utilisation de cigarette électronique n'avait pas été précédée par la consommation de tabac. Il est clair que le développement de parfums tels que milkshake, bubblegum, pinacolada etc..., sont attirants pour les jeunes. D'autre part malgré l'interdiction de vente aux mineurs certains vendeurs passent outre. Le Centers for Disease Control and Prevention d'Atlanta a publié en 2015 une étude portant sur plus de 18 000 questionnaires de jeunes de 11 à 18 ans répartis sur tout le territoire des USA. Les auteurs estiment qu'entre 2011 et 2013 le nombre de jeunes consommateurs de cigarettes électroniques, mais n'ayant jamais consommé de tabac avait été multiplié par 3. Toujours selon cette étude, l'intention de consommer du tabac était de 70% supérieure parmi les consommateurs comparée aux non consommateurs de cigarettes électroniques. Leventhal et al. ont montré dans une autre étude qui portait sur des enfants de 14 ans scolarisés dans 10 écoles de Los Angeles, que la consommation de tabac est très nettement supérieure (30,7% contre 8,1%) chez les consommateurs de cigarettes électroniques par rapport aux non consommateurs. L'utilisation de cigarettes électroniques à l'entrée dans l'étude était associée à un risque de 273 % de consommer du tabac par rapport aux non utilisateurs de cigarettes électroniques. La cigarette électronique ne semble donc pas dissuader mais bien favoriser le tabagisme.

Symptômes respiratoires, vapotage et adolescents

Il a été constaté que les symptômes respiratoires étaient plus importants chez les consommateurs de cigarette électronique que chez les autres adolescents, même fumeurs ou ex-fumeurs. Une autre étude a analysé les différences de facteurs de risques de tabagisme, en démontrant que les utilisateurs de cigarette électronique présentaient des risques intermédiaires d'entrer dans le tabac, ce qui suggère que la cigarette électronique pourrait recruter des jeunes qui n'auraient peut-être pas été jusqu'à consommer du tabac.

Effet passerelle de la nicotine : la cigarette électronique pourrait favoriser l'addiction aux drogues

Les travaux des Drs Eric et Denise Kandel retrouvent un effet passerelle de la nicotine vers l'usage du cannabis et de la cocaïne. Denise Kandel avait montré que les jeunes s'adonnent aux drogues par paliers, selon des séquences bien définies, en commençant par une drogue légale avant de passer à des drogues illégales : la consommation de tabac ou d'alcool précède la consommation de cannabis, qui à son tour, précède la consommation de cocaïne et d'autres drogues illicites. Leurs travaux ultérieurs ont validé l'hypothèse de l'effet passerelle sur un modèle de souris. Reste à savoir si ce modèle est transposable à l'homme. Pour l'instant il est impossible de savoir si les cigarettes électroniques sont une passerelle vers le tabagisme et les drogues illicites mais c'est clairement une possibilité.

Suggestions

Il serait nécessaire que l'ensemble des règles relatives au tabac s'appliquent aux cigarettes électroniques : restriction d'âge, taxes, interdiction de la publicité... Il faudrait imposer des emballages pour protéger les jeunes enfants de l'exposition à la nicotine liquide. La Nicotine liquide est extrêmement dangereuse ; une demi-cuillère à café peut être mortelle si elle est ingérée par un petit enfant. Une communication devrait d'encourager les parents à ne pas utiliser la cigarette électronique à leur domicile et dans leur véhicule, même en l'absence des enfants et de femmes enceintes.

Intervention de Laurence Lavy, Chef du Bureau des addictions et autres déterminants comportementaux de santé de la DGS

Laurence LAVY rappelle que la vente de cigarettes électroniques et de e-liquides aux mineurs a été interdite par la loi relative à la consommation de mars 2014. Cette disposition sera renforcée par la loi de modernisation de notre système de santé, en faisant obligation aux vendeurs lors de la vente de tabac, de cigarette électronique et de e-liquides de recueillir une preuve de majorité auprès des acheteurs (article 24).

Par ailleurs en 2014, l'Union Européenne a pris une directive sur le tabac (directive 2014/40/UE), dont l'article 20 concerne les cigarettes électroniques (mesures de sécurité et de surveillance notamment). Cette directive doit être transposée en France avant le 20 mai 2016. L'article 20 de la directive comprend plusieurs mesures :

- l'interdiction de la publicité pour les cigarettes électroniques et les e-liquides contenant de la nicotine : cette disposition est en cours de transposition dans la loi de modernisation de notre système de santé (article 23), qui interdit toute publicité pour les cigarettes électroniques et les e-liquides contenant ou non de la nicotine, sauf sur les lieux de vente et dans les revues professionnelles ;
- le renforcement des informations à destination des consommateurs de cigarettes électroniques et e-liquides contenant de la nicotine pour une plus grande sécurité : consignes d'utilisation avec une recommandation concernant les jeunes, avertissements pour les groupes à risques spécifiques...mais également liste de tous les ingrédients. La directive prévoit par ailleurs l'apposition d'un avertissement sanitaire.
- la mise en place de mesures de sécurité et de qualité : dispositif de sécurité sur les produits pour protéger les enfants, dispositif pour garantir toute absence de fuite, qualité de la nicotine et des autres ingrédients. .

Par ailleurs dans la loi de modernisation de notre système de santé, l'interdiction de vapoter dans un certain nombre de lieux clos (dont les établissements accueillant des mineurs) est prévue (article 28). Sur cette interdiction du vapotage, le gouvernement a saisi le Conseil d'Etat. Ce dernier a répondu qu'en l'absence d'études suffisantes sur le vapotage passif, il n'était pas possible d'appliquer les interdictions de fumer du tabac dans tous les lieux publics. Pour une interdiction générale de vapoter dans la loi, comme l'interdiction de fumer, il existe en outre un risque de sanction par le Conseil constitutionnel d'atteinte à la liberté individuelle, en l'état des éléments scientifiques disponibles. Enfin un certain nombre d'études ont démontré l'utilité du vapotage comme outil de sevrage tabagique.

Luc REFABERT exprime des doutes quant à l'utilité du vapotage comme outil de sevrage, même si le vapotage peut faciliter une diminution de la consommation tabagique chez les adultes fumeurs. Il lui paraît anormal que la fumée de tabac entre dans les lycées, de sorte qu'il est nécessaire de communiquer à la fois sur le tabac et sur le vapotage.

Echanges

Il convient d'insister sur le fait que le tabac est le premier facteur de risque et donc d'éviter que des législations trop restrictives sur le vapotage puissent aboutir à des effets non souhaités, et en particulier à un retour à la consommation de tabac. En outre, les études communiquées sur l'effet du vapotage sur l'enfant ne permettent pas d'apprécier le niveau global de toxicité.

La dépendance est inscrite dans le comportement. La gestuelle du vapotage étant la même que celle du tabagisme, il n'y a donc pas de sevrage comportemental.

La plus grande vigilance est recommandée en matière de vapotage, en présence d'enfants.

La cartouche est-elle facile à ouvrir par un enfant ? La majorité des dispositifs se présentent comme des stylos rechargeables, au moyen d'un liquide contenu dans un flacon. La DGS rappelle que la directive 2014/40/UE renforce les dispositifs de sécurité, notamment pour protéger les enfants.

Est-il prévu que les parfums, très attractifs pour les jeunes, soient interdits dans les dispositifs de vapotage ? Ce n'est pas le cas. En effet, le cadre actuel est communautaire et toute interdiction est encadrée, le principe étant que l'on ne peut pas entraver le marché sans justification. A l'inverse, la directive européenne de 2014 impose explicitement d'interdire certains additifs.

L'industrie du tabac a-t-elle établi des liens avec l'industrie des cigarettes électroniques ? En France, le marché de la cigarette électronique a longtemps concerné les anciens fumeurs, sur une assez petite échelle. Aujourd'hui les industries du tabac tentent de récupérer ce marché aux Etats-Unis comme en France. La DGS ne dispose pas pour le moment d'information sur ce sujet, mais elle suit avec intérêt et vigilance les évolutions.

Des accidents d'intoxication nicotinique due à un e-liquide sont survenus ? C'est le cas. Les centres de toxicovigilance sont informés de ces intoxications.

Quels sont les éléments statistiques concernant la progression du vapotage chez les jeunes ? Il semble en effet que cette pratique soit plutôt celle des trentenaires ou des quarantenaires. L'INPES a publié en juin dernier des éléments à partir du Baromètre santé 2014 : l'usage de la cigarette électronique en France en 2014. Cette étude indique que les vapoteurs sont majoritairement des fumeurs (83,1%) ou des anciens fumeurs (15%). Chez les 15-24 ans, moins de 1% vapote actuellement sans avoir jamais fumé. Le risque d'entrée dans le tabagisme sera surveillé par le biais des enquêtes permettant d'observer les comportements de santé des jeunes (Escapad, Espad et HBS). Les études, notamment promues par la DGS, se poursuivent sur le vapotage, et fourniront notamment un portrait du vapoteur.

7. Prado maternité, évolution du programme à la suite de la publication des recommandations de la HAS (sorties de maternité après accouchement): Thomas Jan, Responsable du département de la coordination et de l'efficience des soins à la CNAMTS et Gwladys NABI, CNAMTS. (cf powerpoint)

Gwladys NABI rappelle que le programme PRADO maternité a été lancé en 2010. En mars 2014, la publication par la HAS de la recommandation de bonnes pratiques sur les sorties de maternité a eu lieu. Suite à cette publication, le champ du PRADO a été étendu aux césariennes sans complications dans le cadre des durées de séjour standard, avec des sorties de maternité entre 96 heures et 120 heures après l'accouchement.

En 2014, près de 9 000 femmes ayant accouché par césarienne ont bénéficié du PRADO. Le programme a été étendu aux sorties précoces et prévoit trois visites dont deux obligatoires, la première dans les 24 heures de la sortie de maternité.

L'état des lieux dans les sites volontaires pour l'expérimentation « sorties précoces » fait apparaître que 21 départements proposent le programme dans au moins un établissement.

Thomas JAN précise que d'ici la fin 2015, 300 000 adhésions au programme PRADO sont attendues, soit une maman sur deux. Les maternités volontaires ont signé la convention pour participer au programme, ce qui représente 437 maternités couvrant 80% des accouchements dans la France entière.

Le profil type de la maman adhérent au PRADO en 2015 est une maman primipare connaissant déjà le programme avant d'y participer. La participation des établissements concerne également les régimes RSI et la MGEN, et pas uniquement le régime général.

Pour cette population PRADO à bas risque, les réhospitalisations des enfants et des mères restent très peu nombreuses. Après la sortie, la quasi-totalité des femmes PRADO ont un contact avec une sage-femme dans les douze jours, sachant que ce délai de contact est plus long pour les femmes éligibles. S'agissant des visites aux gynécologues, le taux de présence aux visites obligatoires est plus important pour les femmes PRADO que pour les femmes éligibles. De même en matière de rééducation périnéale, la variation est de dix points entre le groupe PRADO et le groupe des éligibles.

Une enquête IFOP parue dernièrement sur la façon dont les Françaises vivent leur maternité, fait apparaître que le service PRADO est perçu de façon plutôt positive.

Au-delà de l'aspect sanitaire, les nouvelles recommandations de la HAS portent sur une prise en charge globale. Ainsi une convention sera bientôt signée entre la CNAMTS et la CNAF pour accompagner les mamans sur l'aspect social et sanitaire après la sortie de maternité.

Echanges

La durée moyenne de séjour des mamans accompagnées dans cadre du PRADO est de 3,97 jours tandis que celle des mamans éligibles est de 4,08 jours.

Les informations sur la cause des réhospitalisations sont disponibles ; un focus a été effectué sur les ré hospitalisations pour ictère. La CNAMTS communiquera à la CNNSE un état des principaux motifs de celles-ci.

| Une enquête de satisfaction spécifique sera prochainement réalisée et qu'elle portera également sur l'organisation des sages-femmes.

Le chiffre d'1,8 visite de sages-femmes libérales par femme s'explique par le fait que la deuxième visite, facultative, intervient en accord entre la maman et la sage-femme.

Une participante indique que, de son point de vue, les retours des mères sont excellents concernant le dispositif PRADO. Elle relève cependant que le dispositif est perfectible lorsque la sortie de la femme et de son enfant initialement prévue un jour donné est reportée car bien souvent la sage-femme n'est pas prévenue de ce report. Enfin il est intéressant de constater que les pédiatres accomplissent un travail d'information approprié.

La CNAMTS souligne qu'il n'existe actuellement aucune remontée négative concernant la satisfaction même si la transmission entre l'hôpital et la ville, notamment pour les sorties précoces, est perfectible.

Une participante demande si une évaluation des conseillers d'assurance maladie est également pratiquée. Il résulte en effet de certains retours de terrain que ces derniers travailleraient quelque peu « au rendement ».

la CNAMTS assure ne pas être en mesure de garantir le *process* sur l'ensemble des adhésions. Néanmoins il est indispensable de signaler tout dysfonctionnement.

Un participant souhaite connaître le taux d'hospitalisation dans les 12 jours suivant la naissance. Il jugerait pertinent de compléter cet indicateur par le nombre de passages aux urgences dans les trois semaines de vie du nouveau-né.

La CNAMTS explique que les évaluations PRADO s'effectuent généralement en deux temps. Des indicateurs complémentaires, dont celui du recours aux urgences et du parcours médico-économique, seront donc ajoutés.

Les données concernant les sorties précoces seront disponibles courant 2016.

La période 0-28 jours est reconnue comme la période post-natale de référence. Pour pallier le passage aux urgences des nouveau-nés de moins d'un mois, la commission Berland a envisagé de préconiser la consultation des pédiatres de ville au bout de quinze jours.

Un participant demande si le taux de fréquentation des consultations en PMI est disponible. De façon générale, la profession des puéricultrices regrette d'avoir été écartée des discussions sur le PRADO, d'autant que les visites post-natales étaient effectuées par les puéricultrices et la PMI depuis 1947. Il est important d'identifier toutes les compétences attendues dans le parcours de santé de la mère et de l'enfant.

Il est répondu que dans le cadre du programme PRADO, le suivi anténatal des femmes peut être assuré par la PMI.

La DGS souhaiterait avoir communication des grandes lignes de la convention à venir entre la CNAMTS et la CNAF.

La CNAMTS explique qu'il s'agira d'optimiser le contact présentiel avec les patientes, surtout en situation de précarité.

[8 Prévention de l'acidocétose au diagnostic du diabète chez l'enfant : Pr Jean Jacques Robert \(cf powerpoint\)](#)

Bertrand CHEVALLIER rappelle que Jean-Jacques ROBERT est pédiatre et diabétologue. Il a également été l'un des piliers du groupe de travail sur les maladies chroniques ayant donné lieu à la rédaction d'un rapport aujourd'hui repris par les ARS.

Jean-Jacques ROBERT indique que la prévention de l'acidocétose est l'une des priorités de la Société Internationale pour le Diabète de l'Enfant et de l'Adolescent (ISPAD) et de l'Aide aux Jeunes Diabétiques (AJD). Le diabète de type 1 représente environ 2 000 nouveaux cas par an chez les moins de quinze ans. La fréquence a doublé dans cette même tranche d'âge en trente ans. L'absence d'insuline provoque l'hyperglycémie, ce qui entraîne la soif et l'envie d'uriner et une grande fatigue. En

l'absence de traitement, une acidocétose très sévère peut survenir et être révélatrice d'un diabète insulino-dépendant chez l'enfant et l'adolescent. On recense plusieurs décès par an dus à l'acidocétose, notamment en raison d'une survenance très rapide du phénomène et d'une absence de diagnostic de la part des parents ou des médecins.

Les conséquences de l'acidocétose diabétique au moment du diagnostic peuvent être graves : risque d'œdème cérébral entraînant le décès, surcoût médical, déséquilibre glycémique des premières années... Les essais d'immuno-intervention au moment du diagnostic se multiplient, mais les enfants ayant atteint cet état répondent moins bien au traitement.

Une expérience menée à Parme en Italie a démontré qu'une campagne régionale menée auprès des familles, des professionnels de santé et des écoles permettait de faire diminuer la fréquence de l'acidocétose de 78% à 12%.

Pour sa part, l'AJD a mis en place une campagne de recueil de données du 14 novembre 2009 au 14 novembre 2010. Il en ressort que la fréquence de l'acidocétose est très élevée puisqu'elle atteint 45% en moyenne. Les circonstances du diagnostic se traduisent par un besoin d'uriner très important (97%) et par l'énurésie pour 50% des enfants, dont 27% après l'âge de dix ans. Les autres signes tels que la perte de poids, les nausées, les douleurs abdominales et la polypnée sont tardifs. La glycémie moyenne est de 30 mmol/l à l'apparition de l'acidocétose. Il est révélateur de constater que lorsque des antécédents familiaux sont documentés, l'acidocétose est beaucoup moins fréquente.

La campagne française s'est fortement inspirée de la campagne italienne, avec l'objectif d'alerter les familles et les médecins sur les premiers signes de diabète. Cependant, l'analyse des données met en évidence une différence manifeste avec la situation italienne : l'enfant a été adressé à l'hôpital par un pédiatre dans moins de 10% des cas alors que tous les enfants sont suivis par des pédiatres en Italie, tandis que dans plus de 55% des cas, l'hospitalisation est due à l'intervention d'un médecin généraliste.

La conduite de la campagne a visé les pédiatres par l'intermédiaire de la Société française et les autres sociétés de pédiatrie, *via* divers moyens (*newsletters*, site internet, congrès et revues de pédiatrie...), les médecins généralistes (*flyers* dans les laboratoires, spots sur des télévisions professionnelles...) et le grand public : diffusion d'un film publicitaire à la télévision, affichage dans les hôpitaux... A l'issue de la première année de la campagne, une réduction de l'acidocétose a été observée, ce qui est encourageant pour la suite de la stratégie à mener.

Dans certaines régions, notamment en Midi-Pyrénées et en Franche-Comté, des initiatives ont abouti à des résultats encore meilleurs. En Franche-Comté, l'action a porté uniquement sur les médecins généralistes pour un résultat très conséquent. Un questionnaire distribué aux généralistes de Franche-Comté, d'Alsace et de Bretagne, pour un total de 562 médecins, montre que 28% des médecins déclarent que le diabète n'existe pas avant l'âge de deux ans et que 8% d'entre eux considèrent que l'acidocétose n'est pas mortelle. Seul un médecin sur deux a fait le diagnostic de diabète chez l'enfant depuis le début de son exercice.

En conclusion, il apparaît que la pratique des médecins généralistes est celle du diabète de type 2 chez l'adulte et qu'ils connaissent mal les spécificités du diabète chez l'enfant, en particulier l'urgence au diagnostic. La stratégie de la campagne doit par conséquent faire des généralistes une cible prioritaire. Pour la suite de la campagne, la stratégie sera sensiblement inchangée pour les pédiatres ainsi que le personnel de médecine scolaire. Pour le grand public, l'information continuera d'être délivrée sur des temps gratuits de publicité, de même que par le biais des affichages ciblés dans les hôpitaux et les PMI. Il est en outre important que les professeurs de diabétologie modifient leur enseignement de base.

Au titre des moyens de la campagne, l'AJD a jusqu'à présent utilisé ses ressources propres avec une participation des laboratoires. Un assistant de recherche à mi-temps a été financé par un contrat PHRC de deux ans.

Echanges

Le Conseil de l'ordre des médecins a été contacté ? Oui, il a inséré une information sur son bulletin.

Il n'existe pas de lien entre l'acidocétose et le diabète gestationnel de la femme enceinte

Demande de précisions concernant les résultats de la campagne italienne : cette campagne s'est déroulée sur plusieurs années et qu'elle a donné des résultats spectaculaires car les pédiatres jouent

un rôle majeur en Italie. En revanche en France, les pédiatres sont moins consultés. Il est donc important de définir la meilleure stratégie au coût le plus faible, sans doute en touchant plus largement les généralistes.

Un participant suggère la piste du *e-learning* pour informer les professionnels de santé sur le diabète de l'enfant. La démarche pourrait être initiée au niveau national avec des relais forts au niveau régional. Il serait également nécessaire de travailler avec les urgentistes au niveau régional.

Un participant juge utile que la campagne soit également ciblée vers les écoles de puéricultrices ainsi que tous les spécialistes de l'enfance. Cette piste pourrait être développée ultérieurement cette cible.

Une information sur l'acidocétose a-t-elle été incluse dans le carnet de santé ? Le diabète de l'enfant est la plus fréquente des maladies rares, ce qui pose la question de son ciblage. L'idée d'insérer un document d'information dans le carnet de santé semble essentielle. De plus, pour d'autres maladies rares telles que la mucoviscidose, un grand avantage a été tiré en transformant l'observatoire en registre.

Le HCSP réfléchit actuellement à la demande de refonte du carnet de santé. La question d'y intégrer l'information sur le diabète telle qu'évoquée par Jean-Jacques ROBERT leur a été posée.

9) Présentation de la version 2015 du guide édité par l'INPES du Comité pour la santé des exilés (Comede) destiné aux professionnels "Migrants en situation précaire : Soins et accompagnement": Dr Pascal Revault, directeur opérationnel du Comede (cf powerpoint)

Présentation du Comité pour la santé des exilés :

Le Comede est une association loi de 1901 fondée en 1979, avec trois missions principales aujourd'hui :

- mission de soins et d'accompagnement basée à l'hôpital de Bicêtre, destinée à un public précaire et constitué principalement de demandeurs d'asile & espace santé-droit à Avicenne avec la Cimade ;
- Centre ressource avec des permanences nationales d'information et de formation à destination du public et des professionnels & observatoire national sur la santé des étrangers en France (Médecins du monde, La case de santé Toulouse, Centre Louis Guilloux Rennes), publications de Guides à destination des professionnels et Revue trimestrielle *Maux d'exil*.
- Groupes de travail pour faciliter l'accès à la prévention et aux soins & plaidoyer sur les obstacles aux soins des personnes exilées vulnérables

Il est important de clarifier les concepts, car les statuts et les droits sont différents. Le public auquel s'adresse théoriquement le Comede est au nombre de 2,4 millions (ressortissants des pays tiers). Ces personnes peuvent être des demandeurs d'asile, des déboutés de cette demande et des étrangers malades demandant un traitement en France.

Originaires des pays tiers, la France compte 1,2 million de femmes en situation de vulnérabilité, de même que 20 000 mineurs isolés et 169 000 réfugiés en situation précaire. En outre, un cinquième des étrangers en situation d'enfermement sont des détenus de droit commun, tandis que les 4/5ème des étrangers concernés sont des personnes retenues dans les centres de rétention administrative ou maintenus aux frontières.

Les principaux groupes de pathologies observés sont :

- le psycho-traumatisme ;
- les maladies infectieuses ;
- certaines maladies chroniques non infectieuses ;
- les maladies cardio-vasculaires.

Il apparaît également en 2014, que 68% de ces personnes ont subi des violences, dont 14% liées au genre.

Présentation de l'édition 2015 du guide du Comede à destination des professionnels du soin et de l'accompagnement.

Le guide comporte quatre chapitres dont les principaux points concernant la périnatalité, la grossesse et l'enfance sont soulignés ici.

Chapitre 1 : Exil et santé

En France, l'interprétariat est très peu mobilisé. Un travail de sensibilisation et d'explicitation auprès des soignants est donc nécessaire, afin de les inciter à solliciter plus largement les interprètes lors de leur consultation.

Chapitre 2 : Droit et soutien

Ce chapitre traite notamment de la problématique des mineurs isolés étrangers. Il est assez paradoxal de constater que lorsque les mineurs sont avec leurs familles, les situations sont souvent plus difficiles que lorsque les mineurs sont placés sous la responsabilité de l'aide sociale à l'enfance.

Chapitre 3 : Accès aux soins, accès aux droits

Peu de soignants connaissent les conditions d'accès aux soins (Protection maladie, aide médicale Etat, Dispositif de soin urgent et vital). Il s'agit d'aboutir à une meilleure connaissance de ces conditions dès la sortie des études.

Chapitre 4 : Soins et prévention

Les principes juridiques et déontologiques sont rappelés dans ce chapitre, qui aborde également la question de la périnatalité. Sur ce dernier point, une étude menée entre 2014 et 2015 portant sur près de 200 femmes isolées a mis en évidence les difficultés de ces dernières pour accoucher. Dans une grande majorité des cas, ces femmes ne sont pas suivies pour leur grossesse. De plus l'inscription en maternité est tardive et le suivi par les PMI difficile. L'une des principales difficultés rencontrées relève de l'instabilité de l'hébergement (familles à la rue, femmes enceintes isolées, SDF...). L'impact des évacuations de terrain sur le suivi médical et social est également non négligeable. Certaines femmes enceintes de plus de 6 mois sans droit ouvert rapportent que des établissements publics de santé leur ont recommandé de ne revenir qu'au moment de leur accouchement.

La question de la spécificité culturelle est souvent mise en avant pour expliquer les difficultés : pas ou peu de propositions de préparation à l'accouchement, peu d'examen post-natal à huit semaines (seulement 50% des femmes), absence d'explication adaptée sur les examens de dépistage néonatal (qui entraîne de l'incompréhension chez les parents)...

Le Comede recommande par conséquent, conformément à la circulaire DGAS/DSS/DHOS n° 2005-407 du 27 septembre 2005 relative à l'aide médicale de l'État, de repérer les situations de grossesse à partir du quatrième mois et de favoriser l'accès aux droits, alors que ceux-ci sont très peu connus des soignants. Le Comede propose par conséquent des formations professionnelles aux textes applicables.

L'enfant mineur et la protection maladie:

L'absence de lien juridique entre le mineur et l'ouvrant droit ne doit pas empêcher le rattachement d'un jeune de moins de vingt ans sur la protection maladie de l'adulte qui l'a recueilli. En théorie, une mère avec AME en situation irrégulière devrait donc bénéficier de la C-CMU pour son enfant, alors que tel n'est pas le cas actuellement. Les dossiers doivent être traités avec les CPAM.

Centre ressource du Comede

Le centre ressource propose des services professionnels du Comede pour les intervenants et le public à travers trois permanences nationales : médicales, santé mentale, juridique & sociale. Le guide 2015 en direction des professionnels de santé et sociaux-juridiques sera actualisé en fonction des lois à venir.

Echanges

Il est rappelé que la CNNSE a réalisé et mis en ligne en 2014 un guide pratique « *Organisation de la prise en charge et de l'accompagnement des femmes en situation de précarité ou de vulnérabilité* », dont font partie les migrantes. Il conviendrait que le guide du Comede soit connu et diffusé le plus largement possible dans les structures publiques de santé et dans les services d'urgences.

Un intervenant considère que le tableau sur les droits devrait être très largement diffusé dans les services. Par ailleurs, le ministère de la santé organise, actuellement une révision de son site internet et propose d'y faire figurer ce tableau.

Un intervenant interroge le Comede sur sa pratique quotidienne face aux demandes d'âge osseux sur réquisition judiciaire.

Le Comede fait état d'une expérience très concrète au niveau du centre de santé. Une convention a été conclue avec l'aide sociale à l'enfance du Val-de-Marne, qui lui adresse aujourd'hui environ 200 enfants auxquels s'ajoutent les enfants traités à la suite d'appels téléphoniques signalant des situations. Au total, environ 600 enfants sont reçus annuellement au Comede et on constate une hétérogénéité sur le territoire national concernant les demandes de test osseux.

En Ille-et Vilaine, la circulaire du ministère de la Justice recommandant une instruction pendant cinq jours de la situation de l'enfant et éventuellement une discussion autour de l'âge, est appliquée de façon pleine et entière. En revanche dans les autres départements, l'application de cette circulaire est très variable, sachant que dans certains d'entre eux – dont le Val-de-Marne - le Procureur de la République est quasi systématiquement saisi et effectue une demande d'âge osseux pour des jeunes, ayant des documents attestant ou déclarant un âge entre 15 et 17 ans. Cette pratique aboutit souvent à des situations kafkaïennes pour les enfants. Pourtant, s'agissant de la validité des tests osseux, la Chancellerie reconnaît parfaitement l'argument de la non-validité scientifique dans la mesure où la variabilité peut aller jusqu'à une erreur de trois ans. Néanmoins, elle ne souhaite pas supprimer la demande de test pour permettre aux juges d'utiliser l'ensemble des outils nécessaires à la prise de décision. Le test osseux sera par conséquent encore pratiqué car l'amendement visant à le supprimer a été rejeté. La question de l'utilisation de ces tests se pose d'un point de vue déontologique et chaque médecin doit prendre ses responsabilités, sachant que le Conseil national de l'ordre des médecins, l'Académie de médecine, le Défenseur des droits et le Comité national d'éthique ont condamné cette pratique, tant sur le plan scientifique qu'éthique .

L'ARS Aquitaine est souvent sollicitée pour des demandes de séjour concernant des étrangers malades. Actuellement, le nombre de polytraumatisés est très élevé et la problématique psychiatrique est un sujet prégnant, à hauteur de 60% des avis positifs.

Selon le Comède, la moyenne nationale d'avis favorables se situe autour de 75%. Néanmoins actuellement, un certain nombre de préfets ne suivent plus les avis positifs des médecins des ARS pour un certain nombre de pays et de pathologies. Il considère qu'il conviendrait que les médecins de l'OFII soient placés sous la tutelle hiérarchique pleine et entière du ministère de la santé et non du ministère de l'intérieur.

Une réunion est prévue le 8 décembre prochain entre les médecins référents étrangers malades des ARS et les médecins de l'OFII. Le Défenseur des Droits auditionnera aussi la DGS le 3 décembre.

8. Questions diverses

Nicole MATET signale que la proposition de loi relative à la protection de l'enfant renomme dans le code de la santé publique « l'entretien psychosocial » en « entretien prénatal précoce » et inscrit ce dernier à l'article L. 2122-1 comme un examen de prévention durant la grossesse. Cette loi a été votée en deuxième lecture à l'Assemblée Nationale.

La séance est levée à 16 heures 10 par le Président. La prochaine réunion est fixée au **22 mars 2016**.