MINISTERE DE LA SANTE, DE LA JEUNESSE ET DES SPORTS

Commission Nationale de la Naissance

Réunion du 29 juin 2007

COMPTE-RENDU

Monsieur Francis PUECH, Président de la Commission Nationale de la Naissance ouvre la séance et accueille les membres de la Commission. Il remercie Mme Podeur et Mr Houssin de leur participation à cette séance

Introduction de la Commission nationale de la naissance par Madame Annie PODEUR, Directrice de l'hospitalisation et de l'organisation des soins et par Monsieur Didier HOUSSIN, Directeur général de la santé

Monsieur Houssin introduit la séance. Il rappelle que la commission nationale de la naissance (CNN) a été crée en 2005 et constitue un lieu de discussion et de recommandation représentant les professionnels et les usagers. Depuis, 2 ans la CNN se positionne comme le comité de suivi de la mise en œuvre du plan périnatalité.
M.Houssin annonce que le plan périnatalité 2004-2007 va faire l'objet en 2008 d'une évaluation réalisée par un organisme externe à l'administration pilotée par la DGS en collaboration avec les autres directions du ministère chargé de la santé. Deux membres de la CNN participeront au comité de pilotage de cette évaluation et la CNN sera informée de l'avancement de l' évaluation.

L'arrêté qui fixe le modèle du carnet de santé maternité a été signé le 21 juin et est en cours de publication (publication au journal officiel le 28 juin 2007).

Il informe ensuite la CNN des retombées des états généraux de la prévention, car la loi relative à la politique de santé publique du 9 août 2004 a mis la prévention au coeur de la politique de santé publique (art L. 1411-8 du CSP) et chaque plan régional de santé publique comporte un axe transversal consacré à la prévention s'appuyant sur un schéma régional de l'éducation pour la santé. Xavier Bertrand en lançant les Etats généraux de la prévention a confirmé l'engagement (16 octobre 2006) de la politique de santé publique dans la prévention (100 objectifs et 415 propositions d'actions de prévention).
A la suite de la commission d'orientation, prévention, présidée par JF Toussaint (15/12/2006) X. Bertrand a annoncé en conseil des ministres le 3 janvier 2007 les orientations stratégiques qui inscriront l'action publique dans la durée : 5 priorités et 15 mesures pour donner un nouvel élan à la politique de prévention (128,7 M€ en 2007)
- agir à des étapes clés du parcours de vie de chacun, 6-12 ans, 35 ans, 70 ans ou dans des situations spécifiques (femmes enceintes; consultations familiales de prévention pour certains risques génétiques ou environnementaux)

- renforcer le rôle des professionnels de santé dont la formation initiale et permanente inclura l'éducation à la santé.
- développer la prévention dans les lieux de vie (entreprise et école)
- faciliter la prise en charge précoce de 2 maladies chroniques (pied diabétique et hémochromatose)
- faciliter la mobilisation des associations.

Cette politique de prévention doit aussi permettre de réduire les inégalités de santé.
Plusieurs actions ont pour cible la périnatalité et les jeunes; c'est ainsi que l'engagement en matière de lutte contre le tabagisme et l'alcoolisme concernera aussi les femmes enceintes:
- L'extension des maternités sans tabac dans les réseaux de périnatalité se poursuivra avec le soutien et l'expertise de l'APPRI.
- un guide relatif à la prévention du SAF pour les professionnels est en cours d'élaboration avec l'expérience du réseau REUNISAF de la Réunion; divers outils d'intervention sont préparés par l'INPES:
- un outil destiné à la sensibilisation des professionnels de la périnatalité aux risques pendant la grossesse
- un outil de promotion de l'allaitement maternel
- un guide sur l'alimentation de la femme enceinte

L'arrêté du 23 mars 2006 portant approbation de l'avenant n°12 à la convention nationale des médecins généralistes et des spécialistes place le médecin traitant au cœur du dispositif de coordination et de prévention notamment pour la prévention des facteurs de risque pendant la grossesse qui feront l'objet d'actions pilotées par la CNAMTS en 2008.
Ces différents outils mis à disposition des pôles de compétence régionaux en éducation pour la santé devraient permettre d'accompagner efficacement les objectifs en périnatalité définis par les régions.

Madame Podeur souhaite compléter les propos de M.Houssin concernant l'évaluation du plan périnatalité. Elle est attachée à évaluer, outre la répartition des crédits alloués, l'état de mise en œuvre concrète du plan périnatalité et l'évolution de l'organisation des services hospitaliers des maternités et leur mise aux normes. En outre, les actions d'évaluation mettent à jour les besoins de reporting afin de construire des indicateurs qui permettent d'évaluer l'évolution de la santé de la population. Elle propose l'appui d'un conseiller général des établissements de santé sur cette évaluation.

Alors que ce plan a été lancé il y presque 3 ans, Mme Podeur souhaite pour sa part, concentrer son propos sur les mesures qui ont été mises en œuvre. Le plan périnatalité est sous-tendu par une volonté d'améliorer la qualité et la sécurité des soins tout en développant une offre de soins plus proche et plus humaine.
Le bilan du financement présenté par la SDO permet de mesurer l'investissement financier qui a été réalisé. Sur 270 millions d'euros, 239 étaient prévus pour les établissements de santé. 224,1 ont été délégués entre 2005 et 2007 et un complément sera distribué en 2008. Ainsi, l'ensemble des mesures du plan auront été financées et mises en œuvre et les engagements respectés.
Ce plan se décline en plusieurs axes et Mme Podeur rappelle les mesures qui ont été engagées :

1- Le renforcement de la sécurité et la modernisation de l'environnement médical de la grossesse et de l'accouchement

La sécurité de la prise en charge de la femme et de l'enfant est une préoccupation majeure et elle passe essentiellement par 4 mesures :

•*la mise aux normes des maternités* par le renforcement des équipes, imposait un effort financier sans précédent qui a été réalisé. Entre 2005 et 2007, 110 millions d'euros ont été notifiés aux établissements publics et 29 millions d'euros aux établissements privés.

• *l'organisation des transports périnatals a été renforcée car la gradation des soins impose une adaptation des transports sanitaires*

• *la réforme de la réanimation pédiatrique* dont les principes ont été définis par les décrets du 26 janvier 2006 comporte 2 enjeux majeurs :

-un enjeu de conformité des structures au regard des conditions techniques de fonctionnement notamment en matière de personnel ;
-un enjeu de planification et de cohérence de l'implantation des structures de réanimation pédiatrique sur le territoire. La réforme repose sur une gradation de la réanimation pédiatrique avec d'une part, des structures assurant la prise en charge des affections les plus courantes (appelées réanimations pédiatriques) et d'autre part, des réanimations pédiatriques spécialisées qui accueillent les enfants atteints des pathologies les plus lourdes, les plus complexes ou les plus rares. L'organisation du maillage de ces structures sur le territoire est en cours.

Le choix qui a été fait d'un versement en tarifs (suppléments de réanimation pédiatrique) de la phase 2007 du financement soulève des interrogations voire des inquiétudes. Un financement par les tarifs est conforme à la réforme du financement des établissements de santé et à la logique de la T2A .
Pour autant, ce mode de financement se doit d'être au service des enjeux tant de planification que de mise en conformité :
-la revalorisation substantielle des suppléments de réanimation pédiatrique doit bénéficier aux structures qui assurent cette activité afin notamment de permettre les recrutements nécessaires au regard des normes de personnel.
-l'émergence de réanimations pédiatriques spécialisées est essentielle. Ces réanimations pédiatriques spécialisées obéissent à des missions particulières et à des normes techniques plus élevées en matière de personnel que les réanimations pédiatriques. La réflexion avec la mission T2A sur le financement des réanimations pédiatriques notamment spécialisées doit se poursuivre.

Concernant les réanimations pédiatriques, les ARH ont un rôle essentiel à jouer à la fois dans la définition des schémas d'implantation des réanimations pédiatriques et dans l'incitation des établissements afin d'attribuer aux réanimations des moyens supplémentaires issus de la revalorisation des suppléments, en fonction des SROS définis.
Mme Podeur souligne que c'est l'organisation des soins qui doit déterminer la ressource et non l'inverse

2- L'amélioration des conditions de prise en charge des femmes enceintes en termes de proximité et d'humanité
Cet axe est essentiel. L'enjeu est bien de mettre un place un schéma global qui réussisse à concilier d'une part, modernisation et sécurité et d'autre part, proximité et humanité.

• *le développement des réseaux de santé en proximité* est un levier essentiel au service de la conciliation sécurité/ proximité. Le cahier des charges des réseaux de périnatalité donne un socle commun à l'ensemble des réseaux et garantit leurs missions. Il traduit une grande maturité des professionnels de la naissance qui ont su engager une approche transversale et pluridisciplinaire de la périnatalité.

3- L'amélioration de l'environnement psychologique et social de la naissance

Cette mesure s'est concrétisée par *la création de postes de psychologues*, la mise en place d'un *entretien individuel du 1er trimestre de la grossesse, la refonte du carnet de maternité.*

4-Le développement d'un système d'information en périnatalité

Le développement d'un système d'information en périnatalité est un outil essentiel au service de la modernisation de la prise en charge. Ce système d'information en périnatalité doit fédérer les professionnels de la naissance, leur permettre de partager les données et de mieux articuler leurs actions. Il doit aussi permettre aux différents niveaux de pilotage (réseaux, régional et national) de disposer d'indicateurs pour mesurer l'efficacité des mesures engagées. En ce sens un cahier des charges du système d'information des réseaux de périnatalité doit être élaboré dans l'année à venir. Il définira le socle commun autour duquel les projets régionaux pourront se mettre en Place ou continuer à se développer.

Suite aux interventions de M.Houssin et de Mme Podeur les membres de la CNN mettent en garde contre une évaluation trop précipitée des mesures du plan : en effet, du fait de difficultés de recrutement, les professionnels recrutés pourront être affectés à la mise en œuvre des actions du plan avec un différé dans le temps.

Annie Podeur insiste sur trois points particuliers :

- le financement du plan périnatalité s'est inscrit au travers des tarifs de gynécologie obstétrique : leur revalorisation permet de financer les services qui pratiquent cette activité.
- concernant la réanimation pédiatrique : les travaux avec la MT2A doivent se poursuivre sur la réanimation pédiatrique spécialisée et les ARH devront veiller à l'attribution des moyens supplémentaires correspondant à cette revalorisation des tarifs. Pour le Pr Rozé et le Pr Gouyon, la réforme de la réanimation pédiatrique spécialisée va demander un effort de la part des services concernés avec la création d'équipes et une augmentation des plateaux techniques dédiés et non plus une mutualisation avec la réanimation néonatale. Seule une incitation financière forte, que la T2A ne réglera pas, permettra de mettre en œuvre cette réforme.

  La sous-direction O ajoute que l'organisation des services sur le territoire national fait l'objet d'une approche interrégionale dans un objectif d'une implantation équilibrée sur le territoire et d'une répartition correspondant aux besoins. Les ARH ont été réunies le 28 juin 2007 sur cette mise en place.

- les réseaux de périnatalité : il est important qu'ils intègrent les PMI et les médecins généralistes et soient connus des femmes qu'ils prennent en charge ou qu'ils sont appelés à

prendre en charge. Le Pr Gouyon attire l'attention sur le faible nombre de réseaux de proximité en périnatalité, leur caractère peu pluridisciplinaire et enfin leur activité centrée sur la prise en charge de la grossesse et non des enfants.

Concernant la prise en charge des grossesses à risque, ce sujet fait l'objet d'une étude en cours par l'ATIH via les données disponibles sur le PMSI. En outre, la HAS va prolonger ses travaux menés en 2006-2007 sur ce sujet à partir de 2008.

I-Approbation du compte rendu de la réunion du 2 février 2007

Le compte rendu est approuvé.

II-Plan périnatalité : bilan de la mise en œuvre 2006 et campagne 2007 (présentation de la DHOS)

Le document présenté en séance est joint en annexe.
Le bilan général du financement depuis 2005 montre que le cadrage général du plan a été respecté et les financements distribués selon les engagements pris :
.pour les établissements publics : 195 des 209 millions prévus ont été distribués (soit 93,3%)
. pour les établissements privés : 29 des 30 millions prévus (soit 97%).
A ces financements d'ores et déjà versés s'ajouteront les mesures 2008

-l'enquête réalisée auprès des ARH sur l'utilisation du financement 2006 révèle que 969 postes ont été crées en 2006. Ils viennent s'ajouter aux 1607 postes crées en 2005 soit un total de 2576 postes sur les 2 années.
Concernant les financements délégués aux établissements publics au titre des mises aux normes, 775 postes ont été crées en 2005 et un total de 2202 postes sur les 2 années. Les objectifs du plan sont ainsi dépassés puisqu'ils portaient sur 1930 postes. Ce décalage s'explique par la création de postes dans des catégories professionnelles que le plan n'avait pas prévu (AS, aux puér)
60% des postes crées en 2006 sont pourvus (soit des données comparables à l'enquête 2005 : 61% postes pourvus)

Il sera diffusé aux membres de la CNN à leur demande une répartition régionale des postes attribués. En ce qui concerne l'évaluation du plan périnatalité au niveau des régions, il est rappelé qu'il s'agit du rôle des commissions régionales de la naissance (CRN) d'impulser cette évaluation. La DGS indique qu'elle souhaite améliorer le fonctionnement des CRN au travers d'une révision de leur mandat, de leurs missions et de leur composition.

Le Pr Nisand souhaite qu'une réflexion soit menée au niveau central sur les missions des CRN afin de les distinguer de celles des réseaux de périnatalité et de les reconsidérer dans le cadre de la mise en place des groupements régionaux de santé publique (GRSP).

III- Compte rendu de la journée des CRN du 12 décembre 2006 (présentation de la DGS)

Le bilan 2004-2005 se compose:

- de la synthèse du recueil effectué entre avril et septembre 2006 auprès des DRASS.
- du bilan de la journée nationale de rencontre et d'échanges des CRN organisée par la direction générale de la santé le 12 décembre 2006 sur le thème *"enjeux et coordination des acteurs, bilan des commissions régionales de la naissance 2004-2005"*.

3-1- Synthèse du bilan des commissions régionales de la naissance 2004-2005

Les commissions régionales de la naissance sont des instances représentatives de l'ensemble des acteurs de la périnatalité au niveau régional. A ce titre elles occupent une place privilégiée en matière d'observation et d'évaluation de la santé maternelle et du nourrisson, y compris de l'IVG et de la contraception.

Leurs missions concernent le développement des réseaux, l'adaptation de la politique nationale au cadre régional, la formation des professionnels médicaux et paramédicaux, l'évaluation des actions menées en périnatalité au niveau régional.

Elles sont placées auprès des directeurs régionaux des affaires sanitaires et sociales et présidées par un professionnel de santé intervenant dans le champ de la périnatalité, élu par l'ensemble des membres. Le mandat des membres est de 2 ans.

Données descriptives:

A la suite du questionnaire que la DGS avait adressé aux régions 24 bilans sur 26 ont pu être étudiés ; les commissions de **Martinique, Guyane et Picardie n'ont pas fonctionné en 2004-2005.**

Le renouvellement du mandat des membres tous les 2 ans s'avère très difficile faute de temps des DRASS et du manque de volontaires localement. La présidence ne change guère d'un mandat à l'autre, c'est généralement le chef du service de gynécologie-obstétrique du CHU.

Fonctionnement des CRN:

Il varie beaucoup d'une région à l'autre; la performance de ces instances est très variable.

Les points forts concernent la bonne implication et la bonne assiduité des membres de l'ensemble des catégories de membres. Les CRN ont été fortement impliquées dans l'élaboration des SROS. Par contre **les points faibles** soulignés par beaucoup de régions sont: l'intrication des compétences des CRN et des réseaux de périnatalité, le bénévolat des membres, le manque de moyens des DRASS pour assurer cette mission et le cadrage imprécis de la participation des usagers.

Néanmoins la plupart des CRN se positionnent ainsi:

Les CRN ne sont pas des instances d'expertise; Ce sont des ***instances de communication*** qui impulsent et organisent les rencontres entre les professionnels

Elles ont une bonne connaissance de la place des différents professionnels et institutions. ***Ce sont des instances d'information.***

Elles contribuent à définir les objectifs et modalités de fonctionnement des futurs réseaux.

Elles identifient les problèmes plus ou moins spécifiques de la région; ***rôle d'alerte***

Elles initient certaines actions (grossesses physiologiques, évolution géographique de l'offre de soins)- ***rôle d'avis***

Dans certaines régions le rôle de la CRN peut apparaître comme très modeste, se cantonnant à un rôle de consultation sur le SROS, à l'attribution des crédits du plan, au secteur de l'IVG et de la contraception.

3-2- Bilan de la journée du 12 décembre 2006;

En 2006 comme en 2002 et 2004, cette journée de bilan organisée par la DGS a été l'occasion d'une rencontre de représentants des commissions régionales, de la commission nationale de la naissance et des réseaux de périnatalité, avec l'objectif de favoriser les échanges d'expériences et de pratiques, d'évoquer les difficultés mais aussi les innovations, d'illustrer les différentes situations régionales et de situer l'implication des commissions régionales dans la mise en œuvre de la politique de périnatalité, notamment dans la déclinaison des objectifs relatifs à quatre thèmes, précarité, IVG , PMI et réseaux de périnatalité, partage des données périnatales pour les professionnels de santé et le public au niveau régional (création des portails internet).

l'évaluation globale de la journée: 219 participants
- 71 questionnaires d'évaluation remplis
- 17,3 pour le contenu et le déroulement du colloque
- 16,3 pour l'organisation et la logistique.

Les thèmes et les intervenants ont été très appréciés par contre les temps d'échanges et la qualité des débats ont été moins bien jugés sans doute en raison du nombre trop grand de tables rondes et d'intervenants.

De cette journée d'échanges on peut retenir les enseignements suivants:
La légitimité de ces instances n'a pas été remise en question; ce sont des "médiateurs" et des "veilleurs" de la périnatalité.

Le directeur général de la santé et la directrice de l'hospitalisation de l'organisation des soins ont souligné que les CRN sont un lieu privilégié de réflexion et de propositions sur la périnatalité, qu'elles doivent pleinement jouer leur rôle dans l'évaluation des politiques régionales de périnatalité
Il s'avère nécessaire de les repositionner dans leurs missions et leur composition et de leur fournir des outils pour fonctionner plus efficacement.

3-3 - Propositions:
3-3-1 Actualiser les missions et la composition des CRN:
Modifier l'arrêté du 8 janvier 1999 relatif aux commissions régionales de la naissance afin de:
- articuler les missions des CRN avec celles des groupements régionaux de santé publique (GRSP)[1]. Cette mesure vise à positionner la CRN en instance d'expertise et de proposition pour le comité des programmes des GRSP afin d'optimiser la mise en œuvre des actions régionales de périnatalité prévues par les PRSP;
- assurer la représentation dans les CRN des GRSP et de tous les services de protection maternelle et infantile (PMI) ;

[1] Cf. décret N° 2005-1235 du 26 septembre 2005 relatif à la convention constitutive type des groupements régionaux ou territoriaux de santé publique notamment l'article 10-4°

- conforter la position des usagers et des professionnels libéraux dans les CRN .

3-3-2 Accompagner la territorialisation de la politique de périnatalité en dynamisant le rôle des CRN:

Le bilan d'activité des CRN en 2004-2005 fait apparaître d'importantes disparités interrégionales de fonctionnement et de performance des CRN. Par ailleurs on constate une forte convergence des objectifs de la grande majorité des PRSP dans le domaine de la périnatalité en matière de populations cibles et de déterminants. C'est pourquoi, il est proposé de mutualiser les expériences afin d'améliorer la performance des CRN les moins dynamiques en diffusant les expériences innovantes au travers d'ateliers interrégionaux d'échanges d'expériences et de pratiques.

Un cahier des charges sera préparé par la DGS à destination des DRASS et des présidents de CRN, qui seront volontaires pour assurer un rôle d'animateur sur quatre thèmes retrouvés dans la quasi totalité des PRSP : IVG, précarité, évaluation, participation des usagers.

Chaque région volontaire organiserait un séminaire annuel sur un des quatre thèmes susmentionnés. Un financement pour quatre journées de rencontres interrégionales (quatre régions) pourrait être envisagé en 2008 (compte-rendu des débats, auditions d'experts, production d'un rapport mis en ligne sur le site internet du ministère avec propositions qui seraient transmises à la DGS)

La DGS jouera le rôle d'animateur-régulateur; elle identifiera les équipes susceptibles d'organiser un séminaire annuel sur chacun des thèmes proposés.

4-La filière des internes en gynécologie obstétrique...Et après ? (Pr Marpeau)

La filière d'internat en gynécologie-obstétrique comptait 200 postes d'internes en 2002 et 200 en 2007. Il est important que ces étudiants puissent bénéficier aujourd'hui d'une filière de post internat avec un nombre de postes en rapport avec leur promotion. Selon une enquête réalisée entre novembre 2004 et avril 2005 par les internes , *il y avait alors 876 internes pour 154 postes de CCA et 103 postes d'assistant spécialistes régionaux. Il ressortait de cette enquête que 43.9% des internes deviendraient chefs de clinique et 13% feraient un post clinicat, avec des disparités régionales importantes*

Les solutions peuvent résider dans une harmonisation du post-internat sur le territoire national dans leur durée, leur répartition territoriale, les passerelles entre chef de clinique et assistant spécialiste.

Le président du CNGOF attire cependant l'attention sur le fait que tous les internes ne pourront pas aller en CHU alors qu'il existe des postes vacants dans certains CH, comme dans la région Centre, et que certains territoires manquent de gynécologues-obstétriciens en secteur libéral.

La sous-direction des professions médicales de la DHOS explique que concernant les postes de chef de clinique le ministère de l'enseignement supérieur est maître d'œuvre et qu'entre 1997 et 2002, des postes en CHU ont été crées, mouvement qui pourra être renforcé avec l'actuel mouvement des chercheurs. Concernant les assistants spécialistes régionaux certaines régions

présentent des spécificités (Haute-Normandie et Aquitaine) puisqu'ils peuvent effectuer des temps partagés entre les CHU et les CHG.

5-L'activité des centres pluridisciplinaires de diagnostic prénatal (Pr Lémery)

Le Pr. Lemery présente l'étude qui a été réalisée par un groupe de professionnels (A Benachi, Y. Dumez, P. Gaucherand, D. Lemery, F. Puech, Y. Ville, N. Winer) sur l'activité des centres pluridisciplinaires de diagnostic prénatal.
Cette étude permet de distinguer trois parcours au sein des prises en charge par les CPDPN. Ces éléments ont été dégagés en vue de l'élaboration d'un référentiel permettant de financer les CPDPN dans le cadre de l'enveloppe des MIGAC.

L'outil de l'Agence de la Biomédecine doit évoluer suite à cette étude et devenir l'outil unique d'évaluation de dsuivi de l'activité.

La sous-direction O attend les arbitrages en cours concernant le PLFSS 2008 dans lequel elle a inscrit le financement des CPDPN.

6-Points d'information

6-1 Postes d'enseignantes sages-femmes
La sous-direction des professions médicales de la DHOS précise que les crédits correspondant à 24 postes d'enseignants sages-femmes ont été délégués aux ARH, et qu'elle en a informé le conseil national de l'ordre des sages-femmes et l'association des directrices d'écoles de sages-femmes.

6-2Communication du président du CNGOF sur le problème des assurances professionnelles

Le Pr. Lansac donne lecture d'une communication sur le problème des assurances en responsabilité civile professionnelle : l'échographie obstétricale prénatale joue un rôle très important dans le dépistage et le diagnostic des malformations ou des pathologies du fœtus pendant la grossesse. Ces examens qui sont au nombre de trois pour la majorité des 800 000 grossesses françaises annuelles sont effectués par des médecins gynécologues obstétriciens, radiologues , généralistes , sages femmes formés spécialement à ces techniques .

Ces praticiens abandonnent progressivement cette pratique ainsi d'ailleurs que la pratique des accouchements en raison des problèmes assurantiels qu'ils rencontrent pour couvrir leur responsabilité civile professionnelle.

Monsieur X.Bertrand avait demandé à l' IGAS un rapport sur ce sujet qui lui été remis en février 2007.
Ce rapport conclut : « après les mesures récentes de juillet et décembre 2006 visant à une prise en charge d'une part importante (55 à 65%) des primes d'assurances des spécialités à risque la situation de l'assurance en responsabilité civile médicale n'appelle pas d'initiatives nouvelles .

En effet les nombreuses dispositions déjà prises pour socialiser le coût des primes d'assurances (augmentation des tarifs ,aide à la souscription d'assurances , écrêtement de fait en raison d'un plafond de garantie) ont compensé les charges supplémentaires liées à l'augmentation des primes . »

Nous contestons fortement ces conclusions car :

- Les compagnies les assurent pour des sinistres ne dépassant pas 3 ou 6 millions d'euros ce qui est insuffisant si un enfant naît avec un handicap grave obligeant à provisionner pour une espérance de vie de 80 ans. Plusieurs décisions de justice ont déjà accordé aux familles des sommes dépassant largement les 6 millions d'euros.

- L'accréditation qui permet au praticien de bénéficier d'une prise en charge de 55 à 65% du montant des primes ne s'applique qu'aux praticiens exerçant dans des établissements de santé. Or nombreux sont les échographistes obstétricaux qui pratiquent en cabinet libéral hors d'un établissement de santé. De ce fait ils ne bénéficient pas de réduction et payent des primes allant jusqu'à 30 000 euros ce qui représente 20% du chiffre d'affaire moyen et est très supérieur à celui des autres disciplines chirurgicales ou d'imagerie.

- Ces primes d'assurances très élevées sont dissuasives pour les échographistes libéraux qui pratiquent 500 échographies obstétricales par an. Ils représentent un tiers des échographistes. Ils abandonnent donc cette activité ce qui crée des « déserts échographiques » obligeant les femmes enceintes à faire plusieurs centaines de kilomètres pour avoir leur échographie ou pire les empêchant de bénéficier de l'échographie du premier trimestre prévue à 12 semaines d'aménorrhée. Il s'en suit d'une grande inégalité entre les femmes qui habitant dans une importante agglomération bénéficient de l'examen et celles qui habitant dans un département rural n'y ont pas accès ou dans des délais incompatibles avec les recommandations de bonnes pratiques professionnelles .

- Ces primes très élevées sont également dissuasives pour la pratique des accouchements (dont le tarif conventionnel est de 313 Euros) soit en début de carrière soit en fin de carrière période au cours desquelles on pratique peu d'accouchements par an . L'abandon de la pratique obstétricale libérale risque de poser de graves problèmes aux hôpitaux publics

- L'IGAS prend position contre un dispositif d'écrêtement (prise en charge par l' ONIAM et la solidarité nationale des indemnités supérieures à 3 millions d' euros) pour contenir l'augmentation des primes et préfère que « l'assurance maladie prenne en compte ces hausses des primes au travers de la tarification des actes médicaux sous réserve de disposer des données de contrôle afférentes sur la sinistralité et les coûts associés . » Nous faisons remarquer qu'entre l'an 2000 et 2007 la tarification n'a pas changé alors que le prix des appareils a augmenté et le montant des primes décuplé !!

Monsieur Xavier Bertrand s'était engagé auprès du comité national technique de l'échographie de dépistage prénatal , du collège national des Gynécologues accoucheurs , du Syndicat des gynécologues obstétriciens de France pour signer avant le premier Avril 2007 un décret indiquant que l' ONIAM ne pouvait se retourner contre le praticien si le sinistre dépassait 3 millions d' Euros plafond de son contrat . Nous souhaitons que cette mesure promise avant et pendant la campagne électorale soit enfin prise . Elle rassurerait les praticiens et stabiliserait le marché des assurances professionnelles ."

Guy Cousin ajoute que les règles de versement de la prime, liées à un taux de réalisation d'actes techniques, ne prennent pas en compte la réalité des actes des gynécologues-obstétriciens qui comprennent de nombreuses consultations.

6-3 Entretien du 4e mois de grossesse et la loi du 5 mars 2007 sur la protection de l'enfance

Le guide pratique de la prévention en faveur de l'enfant et de l'adolescent qui vient d'être diffusé par le ministère chargé de la famille recommande d'une part que l'entretien soit proposé et non imposé à la femme et d'autre part qu'il soit réalisé par un professionnel de la naissance. Le Dr Molénat souhaite que les professionnels soient informés de la diffusion de la mise à disposition de ce guide.

6-4 Urgences gynécologiques

Les membres de la CNN insistent pour que les urgences gynécologiques soient reconnues et bénéficient d'une valorisation financière dans le secteur public et privé.

La sous-direction O explique que deux voies sont explorées :
- - l'intégration des actes techniques réalisés au cours de ces urgences dans les actes bénéficiant d'un forfait sécurité environnement,
- la comptabilisation et l'intégration du nombre de passages pour une urgence gynécologique au sein de l'ATU et le reversement aux urgences gynécologiques.

Enfin, il est porté à la connaissance de la DHOS et de la DGS la création de la fédération des métiers de la naissance, regroupant les gynécologues-obstétriciens, les sages-femmes et les usagers.

Participaient à la réunion

Georges Fabrice BLUM	Collège National des Gynécologues- obstétriciens Français
Michel COLLET	SFMP
Guy Marie COUSIN	Président SYNGOF, personnalité qualifiée,
Claude DIDIERJEAN - JOUVEAU - CIANE	
Christian DOGNIN	Fédération Nationale des gynécologues obstétriciens des Centres Hospitaliers
Chantal DUCROUX-SHOUWEY	
Alain GAILLARD	Directeur de l'ARH Auvergne
Jean-Bernard GOUYON	FNPN
Dominique GUYON	FHP
Didier HOUSSIN	DGS
Bénédicte ISABEY	DHOS-O1
MartineKRAWCZAK	DHOS-Sous-directeur O1
Josée KELLER	Présidente du CNOSF
Maud LAMBERT-FENERY	DHOS-M2
Jacques LANSAC	CNGOF
Didier LEMERY	Gynécologue Obstétricien, personnalité qualifiée
Martine LEVINE	DHOS-O1
Agnès LORDIER-BRAULT	DHOS
Anne- Noëlle MACHU	DHOS-O1
Loïc MARPEAU	Gynécologue Obstétricien, représentant les commissions régionales de la Naissance
Françoise MOLENAT	Société de Psychologie Périnatale
Israël NISAND	Gynécologue Obstétricien, personnalité qualifiée
Jacqueline PATUREAU	DGS
Annie PODEUR	DHOS
Francis PUECH	Président
Perrine RAME-MATHIEU	DHOS-O1
Jean - Christophe ROZE	Pédiatre, personnalité qualifiée
Agnès SIMON	CNSF

<u>Excusés</u>

Dominique AYRAL	FEHAP
Françoise BAS	UNAF
Françoise BICHERON	Présidente du Collège National de l'Ordre des sages-Femmes
Jean CHAPPELLET	Directeur de la DRASS de PACA
Yves DUMEZ	Gynécologue Obstétricien, personnalité qualifiée
André FRITZ	Conférence des directeurs de centre hospitalier
René FRYDMAN	Gynécologue Obstétricien, personnalité qualifiée
Patrick GILARDI	SFAR
Sophie GUILLAUME	Collège National Sages-Femmes
Bernard HEDON	Conférence nationale des présidents de CME de CHU
Irène KAHN-BENSAUDE	CNOM
Pierre LARCHER	DGAS
Claude LEJEUNE	SFP

Hubert MEUNIER	Représentant de la conférence des directeurs de CH
Alexandre MIGNON	SFAR
Pascal PERROT	DSS
Laurence PLATEL	Association Nationale des Sages Femmes Libérales
Dominique RAVINET	CNAMTS
Marc-Alain ROZAN	Secrétaire général du SYNGOF
Charles RUDIGOZ	HCL
Bernard SALLE	Académie Nationale de Médecine
Jacques SCHIRRER	SFP
Jean-Paul SEGADE	Conférence des directeurs de CHU