



COMMISSION NATIONALE DE LA NAISSANCE (CNN)

Compte rendu de la réunion du 21 février 2008

J. Lansac (CNGOF), C. Dognin (Fédération des cercles des hôpitaux non universitaires)

LISEZ ATTENTIVEMENT LE CHAPITRE SUR LES URGENCES +++++

I. Evaluation des Centre Périnataux de Proximité avec hébergement (CPP) par F. Puech

- Ces CPP ont été créés après le décret du 9 octobre 1998 afin d'assurer une prise en charge de proximité avant et après la naissance, une sécurité de haut niveau par partenariat avec un hôpital de rattachement et une reconversion d'un établissement non autorisé à la pratique de l'accouchement.
- Il y a 5 établissements en France (L'Arbresle, Tournon, Paimpol, Feurs et Amboise) contre 70 CPP sans hébergements.
- Il s'agissait d'évaluer afin de savoir s'il fallait élargir ou pas ce type de fonctionnement.
- Un certain nombre de critères ont été étudiés sur place sur l'environnement géographique, l'organisation et le fonctionnement, sur la permanence des soins par SF, GO et Pédiatres, sur la qualité et la sécurité, sur la prise en charge de la douleur etc.
- Il n'y a en général pas de formalisation de la chaîne de sécurité, la prise en charge de la douleur n'est pas systématique et sans protocole commun avec la maternité d'accouchement, sachant que l'hébergement se fait dans les 6 heures.
- Il y a une très grande diversité de situations avec des activités multiples pré et post-natales mais sans orthogénie.
- L'organisation est variable et dépend de la disponibilité des sages-femmes, deux centres sur cinq ont des SF en astreinte.
- Dans l'approche médico-économique, ces CPP répondent à une dotation MIG, mais les CS sont plus ou moins facturées ; les frais de transport sont à la charge de la SS ; il n'y a pas ou peu de données PMSI ; les coûts sont extrêmement variables car évoluant de 1711 euros pour un centre faisant 650 accueils et 3556 euros pour un autre faisant 250 accueils.
- De nombreuses questions seront abordées dans le rapport définitif sur le temps d'écoute et de suivi de ces femmes, sur l'accompagnement à l'allaitement, sur la recherche d'une réponse équitable et sur l'impact démographique.
- De même, quid des réseaux, s'agit-il d'une alternative à la fermeture de l'établissement, tâches des SF, quid du retour précoce à domicile, un CPP sans hébergement ne suffit-il pas ?
- Quel est l'intérêt financier quand on sait qu'un hébergement avec accouchement coûte 2230 euros dans le public et que celui du nouveau-né est facturé 1044 euros soit un total de 3274 euros pour

un séjour de plus de 48 heures, alors qu'un séjour de moins de 48 heures est facturé 1134 euros avec 460 euros pour le nouveau-né soit 2594 euros soit un différentiel de 1690 euros à mettre en parallèle des coûts des CPP actuels qui viennent se surajouter à ce différentiel ?

- Faut-il les classer en soins de suite qui répondent à une dotation globale ou en prolongation de l'obstétrique qui répond à la T2A?
- Les dossiers en attente sont nombreux.
- **Réactions** : L'ouverture de ces CPP avec hébergement répond avant tout à des décisions politiques locales.
 - : Certains CPP sont nécessaires car les CH débordent localement
 - : Certains CPP ont ouverts puis fermés (exemple de Pont-Audemer)
 - : Il faudrait une enquête auprès des femmes et des couples car la multiplication des intervenants n'est pas très bonne sur le plan de la prise en charge psychologique
 - : Il y a un choc des coûts quand on fait la comparaison des CPPH avec les CPP couplés avec une HAD
 - : Pas de solution unique en fonction des territoires
 - : Les tarifs pour les SF libérales sont gelés depuis 2002 et sont peu attractifs
 - : Une solution est l'hospitalisation hôtel mais il faut définir combien de temps une femme doit rester en maternité.
 - : Les maisons de naissances pourraient être une solution.

II. Initiative Hôpital Amis des bébés (IHAB) par Marc Pillot

- Initiative soutenue par l'OMS et par l'UNICEF depuis 1991, avec des références sérieuses (ANAES 2002, HAS 2006 et intégration aux EPP pour la V2)
- Il s'agit de promouvoir les soins centrés sur l'enfant et la famille (base psychologique, besoin individuel, respect des exigences de soins et de sécurité, attitude de bien traitante)
- Au début, cette initiative avait pour but unique d'augmenter le nombre d'allaitement maternel et sa durée, puis est intervenu le respect du rythme du bébé et ses besoins propres, puis action sur tous les couples même ceux où il n'y a pas d'allaitement maternel.
- C'est un projet d'établissement et d'équipe, dans le respect du projet des parents.
- C'est un accompagnement à la naissance et à l'allaitement.
- Il y a 10 conditions à remplir, étudiées par un comité de pilotage pluriprofessionnel, suivi d'une autoévaluation avec un rapport d'évaluation fait par 18 évaluateurs.
- Il n'y a que 5 services en France qui ont ce label contre 650 en Europe !

III. Labellisation des Maternités par les usagers.

- Les usagers ont établis une proposition de labellisations des maternités dans le but d'informer les usagers.
- **Constat** : 350.000 épisiotomies, plus de 50% d'accouchements avec ocytociques
 - : Prématurité en forte augmentation.
 - : Plus de 20% de déclenchement, 19% de césariennes, plus de 12% d'extraction fœtale
 - : 11% d'amniocentèses (600 à 700 fœtus sains)
 - : Peu d'indications sur la morbidité lourde
 - : Iatrogénie indirecte mal étudiée et pas de respect du droit de la personne.

- Objectifs : Démarche crédible et éthique
: Faire une information fiable ?
: Délivré un Label
- Conditions
: démarche volontaire d'autoévaluation
: Évaluation indépendante
: Véritable charte
: Avec un référentiel d'évaluation, une convention de pilotage avec l'établissement.
- 96 critères et 10 points essentiels de référence dont ceux de l'IHAB (MFCI aux USA).
- Avec intégration des réseaux de périnatalité, primauté de la physiologie, épisiotomies et taux césariennes dans les marges de l'OMS.
- Destiné à être un guide d'information grand public et une récompense des bonnes équipes.
- Réactions : les textes sur le respect de la physiologie existent depuis 2006.
: On ne peut accepter une labellisation par une institution privée ; celle-ci doit être reprise par l'HAS
: On ne doit pas faire de procès d'intentions aux professionnels.
: Bénédicte Isabey propose de constituer un groupe de réflexions sur la sécurité et l'humanité du plan périnatalité, avec l'HAS.
: Pour l'IHAB, pourquoi 5 seulement en France ? En France, il y a des causes historiques (Nourrices) et surtout pas d'engagement officiel sauf l'UNICEF France depuis 2007.

IV. Propositions sur les Urgences gynécologiques

- La solution la plus simple est de considérer les urgences gynécologiques (1^{er} trimestre de la grossesse compris) comme un service déporté des urgences générales, ce qui permettra de comptabiliser les passages et les actes en gynécologie donnant droit au forfait de passage et à l'ATU, qui seront versés directement aux services de gynécologie obstétrique.
- Cette disposition fera très prochainement l'objet d'un écrit officiel du Ministère qui permettra à chacun d'officialiser cette pratique.
- Pour le cumul des actes en obstétrique, cela va dépendre de la décision de la CNAM, car une jurisprudence récente du Tribunal Administratif de la SS considère que l'on peut cumuler un CS et une échographie, l'une concernant la mère et l'autre le fœtus.
- On attend cette décision rapidement.

V. Questions diverses

- Le problème de la part complémentaire variable qui n'est envisagée que pour les hystérectomies et les curetages, sans aucune allusion à l'obstétrique ; la copie est donc à revoir.
- Maisons de naissances : le cahier des charges est actuellement en cours d'évaluation, les observations seront recueillies par courrier après que chacun ait reçu un exemplaire de ce cahier des charges. La rémunération des sages-femmes se fera au paiement à l'acte par la CPAM et les assurances seront reversées à l'hôpital de référence. Il faut élaborer une charte avec les sages-femmes.

- A propos de l'arrêt de la Cour de Cassation, il n'y a à l'heure actuelle aucun texte qui refuse l'inscription sur l'état civil. La limite de 22 SA est fixée par l'OMS et par l'épidémiologie ; Le collège a préparé un texte pour modifier le droit des parents sans avoir droits particuliers liés à cette inscription. Le mouvement pour l'avortement pense que c'est secondaire à un mauvais accompagnement au niveau hospitalier, par faute de temps. Il faut mettre en adéquation la viabilité et l'inscription sur le carnet de famille. La ministre a posée la question : qu'est-ce qu'un accouchement ? Le statut juridique de l'embryon et du fœtus évolue sans cesse et en particulier à cause des modifications liées au diagnostic anténatal.