

Commission Nationale de la Naissance

Compte rendu de la réunion du 2 mars 2010

1. Installation de la nouvelle Commission nationale de la naissance

Mme Sophie Delaporte, Directrice générale de la santé adjointe ouvre la séance de la Commission nationale de la naissance (CNN) en se félicitant de son renouvellement par décret du 9 octobre 2009. Elle rappelle que la CNN a été créée dans le cadre du plan périnatalité 2005–2007. Elle a fonctionné à la fois comme un comité de suivi du plan périnatalité et comme un lieu d'échanges, de débats et de propositions associant les usagers, les professionnels de tous horizons et modes d'exercice, les représentants des établissements de santé, de l'Assurance Maladie, ceux des administrations et des agences.

La DGS a souhaité, en lien étroit avec la direction de l'hospitalisation et de l'organisation des soins (DHOS), la direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques (DREES) et la direction générale de la cohésion sociale (DGCS), procéder à l'évaluation du plan périnatalité sur la base d'un cahier des charges validé par l'instance d'évaluation instituée dans ce cadre..

Le choix a été fait de recourir à un prestataire extérieur pour mener cette évaluation. Celle-ci s'est déroulée, sous la présidence de Madame Jeandet-Mengual, Inspectrice générale des affaires sociales. Un groupe projet et une instance d'évaluation, à laquelle certains membres de la CNN ont participé, en ont suivi le déroulement. La démarche a été présentée lors d'une précédente réunion.

L'évaluation fera le bilan des réalisations et des modalités de mise en œuvre du plan, portera une appréciation sur les effets du plan (en termes de sécurité et de qualité de la prise en charge, d'humanisation de la naissance), relèvera ses points forts (en identifiant les réussites, les dispositifs innovants et les bonnes pratiques locales) et ses points faibles (lacunes, freins ou insuffisances du plan). Elle portera une appréciation globale sur le plan, prenant en compte les évolutions intervenues dans le domaine périnatal durant la période de mise en œuvre et fera des propositions concrètes dans le but d'orienter la politique périnatale à l'avenir.

Il sera bien entendu difficile d'établir un lien direct entre l'amélioration des indicateurs de santé périnatale et la mise en œuvre des mesures du plan. L'important sera de savoir si l'ensemble des mesures ont permis de faire évoluer la situation (organisation, prise en compte des besoins des usagers, diffusion et connaissance des bonnes pratiques ...).

Mais l'évaluation du plan périnatalité s'inscrit dans un contexte plus vaste d'actions évaluatives menées en santé publique et ne constitue pas une opération isolée. Ses résultats seront enrichis des résultats de l'évaluation de la loi relative à la politique de santé publique de 2004, menée par le Haut conseil de la santé publique. Ils seront accompagnés de propositions d'objectifs à atteindre pour les années à venir.

La DGS s'est investie depuis de longues années, aux côtés de l'INSERM et de la DREES, pour contribuer au recueil de données fiables et actualisées dans le domaine périnatal. Elle a ainsi contribué à la réalisation de trois enquêtes nationales périnatales depuis 1995.

La prochaine enquête périnatale se déroulera à partir du 15 mars prochain. Le recueil portera sur un échantillon qui comprendra la totalité des naissances, enfants vivants et enfants mort-nés, survenues pendant l'équivalent d'une semaine dans l'ensemble des établissements de santé publics et privés de métropole et des départements d'outre-mer.

La DGS s'est par ailleurs engagée sur 2 projets importants qui vont voir le jour en 2011 :

1-l'étude Elfe, première grande étude longitudinale française qui sera consacrée au suivi de 20 000 enfants, de la naissance à l'âge adulte. Soutenue par plusieurs départements ministériels, cette étude mobilise plus de 50 équipes de recherche. Ses objectifs sont d'analyser le développement de l'enfant dans son milieu, en étudiant les différents facteurs en interaction depuis la naissance jusqu'à l'âge adulte.

2-une nouvelle étude de cohorte sur la grande prématurité, EPIPAGE 2, dans 17 régions, sous l'égide de l'INSERM (Unité 953). Elle interviendra plus de 10 ans après la première étude de ce type menée en France (EPIPAGE) et permettra d'actualiser les données concernant la prise en charge et le devenir des grands prématurés, au regard de l'évolution de l'organisation des soins et des pratiques médicales.

Les résultats de ces travaux vous seront présentés et contribueront à enrichir vos réflexions et orientations de travail.

Par ailleurs, la création des ARS répond au choix stratégique de mise en place d'une autorité unique au niveau régional, qui est chargée du pilotage du système de santé au plus près de la population.

Les ARS qui auront pour missions de définir la politique de santé régionale en liaison avec tous les acteurs, s'appuieront sur une conférence régionale de la santé et de l'autonomie (CRSA), qui participe par ses avis à la définition et à la mise en œuvre de la politique de santé en région et sur deux commissions de coordination des politiques publiques de santé, associant les services de l'État, les collectivités territoriales et leurs groupements et les organismes de sécurité sociale.

Dans le projet de texte en cours d'élaboration, il est prévu que la CRSA, pour organiser ses travaux, puisse instituer des groupes de travail permanents, ceux-ci pouvant être constitués de personnes choisies en raison de leur compétence ou de leur qualification au regard des sujets à traiter. L'expertise déployée en matière de périnatalité pourra être reprise dans le cadre des différents groupes de travail permanents qui seront institués.

Les organisations membres de la CNN peuvent prendre contact avec les préfigurateurs des ARS. En effet, dès leur nomination début avril 2010, les directeurs généraux des ARS auront pour tâche de constituer les CRSA, puis les conférences de territoire qui permettront la préparation et l'adoption du projet régional de santé (PRS).

Enfin, la DGS attache de l'importance à deux thématiques particulières développées au sein de la DGS auxquelles Mme Delaporte souhaite associer la Commission nationale de la naissance :

1- la prévention des addictions chez la femme enceinte : la DGS prévoit ainsi de lancer, au second semestre 2010, un appel à projets pour inciter les associations et les professionnels à présenter des actions relevant de la prévention et de la prise en charge des addictions, sur la base d'un cahier des charges. Il précisera les différentes thématiques qui le constitueront et vous en serez informés en temps utile pour relayer l'information dans vos réseaux. La DGS soutient par ailleurs l'étude SNIPP (Study of nicotine patch in pregnancy) qui porte sur

l'efficacité des traitements nicotiniques pendant la grossesse. Elle est financée par le Ministère de la Santé et des Sports et est réalisée par l'Assistance Publique-Hôpitaux de Paris et l'Unité de Recherche Clinique de l'Hôpital Pitié-Salpêtrière, Paris. Elle devrait se poursuivre jusqu'en 2012.

2- la seconde thématique concerne la prévention des conséquences défavorables de la précarité sur la santé des futures mères et celle de leurs enfants. La précarité financière a des répercussions sur le déroulement de la grossesse et la santé de l'enfant à la naissance : il convient donc d'engager une réflexion pour identifier les obstacles que rencontrent les femmes en situation de précarité dans leur parcours de soins et dégager des propositions qui permettraient d'adapter et de faciliter leur accueil au sein du système de soins, que le premier contact soit un professionnel de santé libéral, une maternité ou un service de protection maternelle et infantile. .

Philippe Pinton, sous-directeur adjoint de l'organisation du système de soins de la DHOS, tient tout d'abord à excuser Annie Podeur, Directrice, qui s'était engagée à ouvrir la CNN mais qui a été empêchée au dernier moment.

Comme l'a rappelé Sophie Delaporte, la CNN était fortement liée au plan périnatalité puisqu'elle constituait essentiellement un outil de sa mise en œuvre : la DHOS considère que la CNN a parfaitement rempli sa mission. La CNN a su également aborder la périnatalité sous tous ses champs : la santé publique, la sécurité sanitaire, l'offre de soins en établissements de santé et en libéral et le sujet des financements. Elle a également abordé la périnatalité dans ses différentes composantes au travers de présentations sur la contraception, l'IVG, les questions de bioéthique, les addictions, ...

Le décret du 9 octobre 2009 consacre cette approche large de la CNN puisqu'elle a pour mission : 1o de contribuer à la réalisation des objectifs de santé publique fixés pour la périnatalité ; 2o d'apporter son concours et son expertise pour la conception, la mise en œuvre et l'évaluation des politiques publiques en matière de périnatalité, notamment dans les domaines de la santé publique, de l'organisation de l'offre de soins, des pratiques professionnelles et du financement.

La nouvelle CNN se situe dans un contexte de l'offre de périnatalité en constante évolution qui dessine plusieurs enjeux à venir. Ces enjeux seront notamment précisés dans le cadre de l'évaluation du plan périnatalité. Le contexte est caractérisé par les éléments suivants : maintien d'environ 800 000 naissances par an, voire 828 000 en 2008 ; concentration des maternités entre 2000 et 2007 marquée par un double mouvement de diminution des maternités de catégorie 1 et 2A (de respectivement - 30 et -15%) et d'augmentation des maternités de catégorie 2B et 3 (+115 et 54%) ; augmentation du poids du secteur public ; diminution à venir de la démographie des gynécologues-obstétriciens et des pédiatres jusqu'en 2018 à l'instar de l'ensemble des médecins; démographie croissante des sages-femmes mais dont la pénurie est cependant ressentie ; enfin l'existence de grandes disparités tant au niveau de la densité des professionnels entre les territoires de santé qu'au niveau de l'activité des services de PMI. Pour autant les résultats de l'enquête sur la satisfaction auprès des usagères des maternités menée en 2007, comme certains l'ont rappelé lors d'une CNN, est à la hauteur des actions entreprises au sein des services ces dernières années.

Ce contexte nécessite : -Une appréhension du suivi de la grossesse et de la naissance sous l'angle du parcours de la personne impliquant une diversité d'acteurs ; -Une association plus étroite des acteurs libéraux de la périnatalité, impliquant les médecins généralistes au côté des acteurs hospitaliers et de ceux des services de PMI ; La CNN renouvelée comprend ainsi un médecin généraliste. -Un suivi et un accompagnement au plus près des

futurs parents par des réseaux de proximité, dits également « communautés périnatales », dans le cadre des réseaux de santé de périnatalité. La mise en place de l'entretien du 4ème mois ou entretien périnatal précoce (EPP) au sein des réseaux constitue un excellent levier de constitution de ces communautés au plus près des femmes enceintes. La mise en place de cet entretien a associé les sages-femmes libérales, hospitalières ou travaillant en service de PMI, les médecins généralistes parfois, les gynécologues-obstétriciens et le développement de liens avec le secteur social et le secteur médico-psychologique a été un excellent levier pour développer ces coopérations ; -Une meilleure prise en compte des femmes qui ont plus de difficultés à se situer dans une offre éclatée et diversifiée que sont notamment les femmes en situation de vulnérabilité médico-psycho-sociale ; -Un renforcement des liens entre les usagers très actifs dans ce domaine qu'est la périnatalité et les professionnels. Les usagers disposent d'un représentant supplémentaire au sein de la CNN.

Les dispositions de la loi HPST et la mise en place des ARS en avril 2010 visent à apporter ou à améliorer les réponses à ces enjeux au travers : -d'une approche visant à renforcer des réponses au plus près de la population ; -d'un projet régional de santé bâti par l'ARS avec la conférence régionale de santé et de l'autonomie associant les professionnels et les usagers qui va croiser à la fois le champ de la prévention, le champ du soin et celui du médico-social ; -d'un schéma régional de l'offre de soins qui va désormais englober l'offre des établissements de santé, des professionnels libéraux et des structures de soins ambulatoires : cet abord global se fera tant au niveau du diagnostic de la situation régionale que des évolutions nécessaires des diverses offres de soins afin de mieux les articuler dans une vision de parcours de la personne ; -d'une reconnaissance et d'un développement d'une offre de soins ambulatoire diversifiée au travers des centres de santé et des maisons de santé pluridisciplinaires ; D'une possible ouverture de l'activité des établissements de santé vers le domicile en lien avec les professionnels de santé exerçant en ambulatoire ; -d'un renforcement des coopérations grâce à une simplification d'anciens outils ou l'instauration de nouveaux outils de coopération tels que les communautés hospitalières de territoire ou enfin grâce à un nouveau cadre pour la participation des professionnels libéraux aux activités des établissements de santé publics et privés à but non lucratif.

Ces enjeux, la DHOS souhaite que la CNN puisse dans un premier temps les aborder au travers de deux sujets : 1 - S'associant à la DGS, d'une part le sujet de l'amélioration du suivi des femmes enceintes en situation de précarité dans les perspectives évoquées par Sophie Delaporte et en lien avec la DGCS ; 2- D'autre part, la mission des réseaux de santé de périnatalité auxquels le plan périnatalité 2005–2007 avait confié la mission de contribuer à une adéquation du suivi des femmes enceintes en fonction du niveau de risque. Cette mission doit à présent s'articuler à une mission de proximité. Or, cette double mission n'est pas simple à articuler car elle implique des mailles de taille différente et des partenaires distincts. Les journées des réseaux de périnatalité ou la problématique de leur évaluation ont mis en exergue cette difficulté.

En conclusion, la DHOS tiens à affirmer que la CNN constitue un lieu d'informations réciproques et un lieu de débats indispensables entre les différents acteurs de la périnatalité. Elle est reconnue de l'extérieur (autres services ministériels, médias). Elle constitue également et c'est une particularité de cette commission, un lieu de dialogue constructif avec les services du ministère de la santé. Sous la présidence du Professeur Puech, la nouvelle CNN engage aujourd'hui son deuxième mandat de 3 ans.

M. le Pr Puech, président de la CNN, exprime également sa satisfaction du renouvellement de la CNN qu'il présidera à nouveau.

Il reprend l'ensemble des travaux menés par la CNN de 2005 à 2009 portant sur l'accompagnement du plan ainsi que sur la périnatalité dans tous ses aspects organisationnels, financiers, de santé publique et de sécurité sanitaire. Il estime que les financements importants du plan a eu ses bénéfices obérés notamment par les déficits des établissements, la mise en place de la tarification à l'activité et la décélération de l'ONDAM.

La présentation du bilan de la CNN est annexée au présent compte rendu.

Les enjeux actuels de la périnatalité sont les suivants : - la régulation territoriale de l'offre de soins (stratégie de groupe au travers de la mise en place des CHT et gestion de certaines activités au travers d'une mutualisation de ressources médicales) dans un objectif de réalisation d'économies, de gains de productivité et d'efficacité, - un nécessaire investissement dans le champ du social qui n'a pas reçu l'investissement nécessaire.

Il appartient aux organisations membres de la CNN d'être promoteurs de projets médicaux de territoire, de continuer à intégrer les usagers notamment au sein des réseaux de périnatalité et de poursuivre les travaux concernant la prévention des troubles de l'attachement mère-enfant.

Le Pr Puech souhaite que dans le cadre de la présente commission puissent être traités trois sujets qui n'ont pas pu l'être jusque là : les liens usagers-professionnels au travers du projet de naissance, le champ du social (précarité, handicap) et l'harmonisation des organisations de l'offre de soins dans le contexte démographique actuel et à venir, d'évolution des métiers et compétences.

En conclusion, il rappelle le travail de la Cour des Comptes en 2008 et 2009 sur la restructuration des maternités qui fait état de disparités considérables de ressources entre établissements de même type et de la difficulté de lisibilité de la T2A au travers de l'évolution des tarifs d'obstétrique entre 2007 et 2009. Il indique enfin qu'il a été consulté par l'Agence nationale d'appui à la performance des établissements de santé (ANAP), créée par la LFSS 2009, qui travaille dans le cadre d'un benchmarking sur la mise en place d'indicateurs afin d'évaluer l'efficacité des maternités.

Les membres de la CNN demandent à ce que les travaux de la CNN puissent être diffusés en direction des ARS et des CRN ou des commissions qui en reprendront les missions. La mise sur internet des comptes rendus requiert l'accord du cabinet. La DHOS et la DGS feront un bilan du travail de la CNN en vue d'une diffusion aux ARS.

Les membres de la CNN expriment leur inquiétude devant la possible disparition des CRN, dont le Dr Callamand salue le travail réalisé. La DGS indique que les ARS ont la liberté de constituer des groupes de travail au niveau de la CRSA. Au niveau national, il y a aura des orientations sur les éléments à maintenir concernant des groupes préexistants. Pour la DGS la périnatalité est un thème à maintenir de manière prioritaire. La CNN peut également émettre un vœu pour le maintien des CRN. M. Pinton, partage l'avis de la DGS et ajoute que le projet de décret sur la CRSA prévoit 3 commissions institutionnalisées à champ large concernant l'organisation des soins, la veille et prévention et le médico-social. Cette composition ne préjuge pas de travaux menés sur des thématiques spécifiques.

2. Expression des attentes et de propositions d'axes de travail de la CNN

Un tour de table est mené afin de connaître les attentes des différents membres de la CNN et leur avis sur les travaux à mener dans le cadre de la présente commission.

Le Pr Bréart, auquel s'associe le Pr Rozé, souhaite qu'un travail soit mené sur la façon dont a été mis en place le suivi des enfants à risque de trouble du développement (ainsi les indicateurs d'évaluation), objectif qui faisait partie du plan périnatalité et a été inscrit dans le cadre des réseaux de périnatalité.

Le CIANE indique qu'il souhaite connaître l'état d'avancement de trois sujets traités par la CNN : le document sur les grossesses physiologiques, les maisons de naissance et la mise à disposition des verbatim de l'enquête de satisfaction des usagères des maternités. Concernant le 1er sujet, certaines contributions étant parvenues à la DGOS tardivement, le document est en cours de validation définitive et va être diffusé. Concernant les maisons de naissance, Philippe Pinton répond que le cabinet de la ministre a indiqué récemment que le sujet était toujours d'actualité. Enfin, concernant les verbatim, il sera demandé à la DREES de voir si les fichiers peuvent être mis à disposition. L'UNAF exprime son souhait d'être associé au travail du CIANE sur ce point.

Le Pr Picaud, représentant la SFN, souhaite que la mise en œuvre des décrets de 1998 et des normes soit évaluée. En effet, il souligne l'impact du contexte économique défavorable sur le respect des normes par les maternités et l'encadrement du personnel. Le Pr Puech ajoute que certains services n'ont pas eu selon lui de mise aux normes. Il serait utile d'avoir un référentiel pour favoriser leur respect.

L'ANSFL souhaite que la CNN puisse traiter de l'IVG, proposition sur laquelle le Pr Puech se déclare favorable..

Le Pr Rozé demande à ce que soit abordé le sujet de la séparation des réanimations pédiatriques et néonatales et de la difficulté du financement des réanimations pédiatriques et pédiatriques spécialisées. En outre, il ajoute qu'il faudrait un accord sur l'acceptation du niveau de risque des maternités en l'absence du respect des normes en personnel de pédiatrie. Dans la région Pays de la Loire, sur 22 maternités, 4 n'ont plus de pédiatre. Pour les maternités de niveau 1 et le bas risque, une organisation locale devrait être mise en place. Enfin, il indique que le sujet de la formation des médecins généralistes sur le suivi des femmes enceintes et des jeunes enfants devrait également être abordé. Le CNGOF souhaite favoriser des stages chez le pédiatre libéral. Le Pr Puech répond que le collège des MGE a mis en place un groupe de travail pour faire évoluer le référentiel métier sur la prise en charge du nouveau-né et de l'enfant.

Le Dr Jourdain souhaite que la CNN se positionne sur le sujet de la responsabilité civile professionnelle des gynécologues-obstétriciens, ce qu'elle n'a pas fait jusqu'alors. Le CNGOF a rencontré le Pr Legman sur ce sujet et attend sa réponse. Concernant le projet de loi, celui-ci n'est pas abouti. L'Académie nationale de médecine devrait rendre un avis sur ce sujet tant comme elle se prononcera sur l'abandon de la médecine libérale par les médecins et les inégalités géographiques. Le Pr Queffelec souhaite que soit examinée la façon dont se déclenchent les poursuites judiciaires au travers d'une étude des relations usagers/professionnels.

Le Dr Pillot ajoute que le label IHAB rejoint les trois axes de travail proposés par les 2 directions.

Le Dr Toubin, représentant la SFPP, fait état du développement de l'EPP promu par le plan périnatalité qui a également permis de favoriser les collaborations médico-psychologiques. Elle constate que des prises en charge psychologiques précoces ont pu ainsi être initiées.

La FEHAP souhaite également que soit entamé un travail sur la précarité en évitant la mise en place de filières spécifiques. En outre, elle demande un travail sur la coordination ville-hôpital permettant un suivi après la sortie de la maternité.

3. Résultats de l'étude confidentielle sur la mortalité maternelle : bilan 2001-2006 – Monsieur le Pr Gérard Lévy, Président du comité national d'experts sur la mortalité maternelle (CNEMM)

Le Pr Lévy, président du Comité national d'experts sur la mortalité maternelle (CNEMM) présente les principaux résultats de l'enquête nationale confidentielle menée sous l'égide de l'INVS et de l'Inserm U953 (Mme Bouvier-Colle) des années 2001-2003 et 2004-2006. Ces résultats ont été publiés dans le Bulletin épidémiologique hebdomadaire (BEH) du 19 janvier 2010.

La présentation du Pr Lévy est annexée au présent compte rendu.

Il tient tout d'abord à rappeler que les données portent sur de petits effectifs et que leur interprétation doit être réalisée avec précaution. Il ressort de cette enquête les éléments suivants :

- Le taux corrigé de mortalité maternelle est estimé entre 8 et 12 décès pour 100 000 naissances vivantes, soit annuellement 70 à 75 femmes qui décèdent pendant leur grossesse ou des suites de celle-ci. En 2004, le taux français était comparable à celui du Royaume-Uni et de la Hollande mais supérieur à celui de la Suède (2 pour 100 000).

- La mortalité maternelle est d'autant plus élevée que le l'âge des femmes augmente : il est trois fois plus élevé à 35-39 ans qu'à 20-24 ans.

- Il existe des disparités régionales : l'Île de France et les départements d'outre-mer ont des taux systématiquement supérieurs à la moyenne nationale. En IDF, la mortalité maternelle est supérieure de 30% et dans les DOM trois fois plus fréquente qu'en métropole. Ces variations ne s'expliquent pas par la structure d'âge des mères mais par une qualité des soins jugée non optimale.

- Les femmes en situation de précarité et les femmes de nationalité non-européenne ont une mortalité maternelle supérieure (notamment les femmes de nationalité d'Afrique sub-saharienne au regard de facteurs de risque spécifique et d'un suivi jugé moins optimal). - Concernant les causes de mortalité maternelle évitable, la première reste l'hémorragie, ce qui est une spécificité française. Les recommandations émises par le CNGOF et la HAS en la matière datent de 2004, et il serait intéressant de savoir si elles ont été intégrées aux pratiques professionnelles. L'imputation au mauvais suivi de la grossesse doit être prise avec précaution car le suivi de la grossesse est souvent mal renseigné dans les dossiers. - 46% des décès maternels sont considérés comme évitables mais cette évitabilité varie selon la cause du décès : les hémorragies et les infections restent des causes évitables. Le Pr Lévy explique que certains facteurs influencent l'absence de diminution de la mortalité maternelle : ➤ L'augmentation de l'âge de la première grossesse : il est nécessaire qu'il y ait une prise de

conscience au sein de la population ; ➤ Une augmentation des populations précaires notamment issues de l'immigration ; ➤ Une augmentation des césariennes : la mortalité maternelle est 3 fois plus élevée en cas de césarienne. Il est nécessaire de mieux communiquer auprès des femmes et des médecins sur ce sujet. Enfin, il signale qu'il existe une sous-déclaration de la mortalité maternelle : les réseaux de périnatalité ont été impliqués dans cette déclaration afin d'en améliorer le recueil. Il existe encore des refus de médecins qui signent les certificats de décès de participer à l'enquête. M. Lévy attire l'attention de la CNN sur le fait que la communication autour des résultats du rapport du CNEMM doit être précise pour ne pas être dénaturée. En effet on constate par exemple une « concentration » des décès maternels dans les grandes maternités et une absence de ceux-ci dans les petites. Ceci est dû au fait que la probabilité pour les petites maternités de rencontrer une situation de mortalité maternelle est extrêmement rare, compte tenu de la faiblesse des effectifs au plan national. Enfin le Pr. Lévy attire l'attention sur le fait que l'on manque d'assesseurs (gynécologues-obstétriciens et anesthésistes réanimateurs) parmi les praticiens hospitaliers dans certaines régions.

Le Dr Crépin indique que l'Académie de médecine s'est également saisie du sujet de la mortalité maternelle, sujet qui requiert une adhésion des équipes. Celle-ci est d'autant plus nécessaire pour connaître l'exhaustivité des cas. Or, seules 20% des morts maternelles font l'objet d'une autopsie. Le Pr Poulain complète en indiquant que les autopsies sont le plus souvent réalisées dans un cadre judiciaire, ce qui empêche l'accès au dossier pour les assesseurs.

Le CIANE signale que l'article du BEH ne dit rien sur les césariennes. Le Pr Bréart indique que l'INSERM élabore un article de revue sur la césarienne et les pathologies dans le cadre d'une enquête soutenue par le CIANE.

Le Dr Dallay demande si un suicide survenant dans un contexte de dépression du post-partum est pris en compte dans l'enquête sur la mortalité maternelle comme cela est fait au Royaume Uni. Le Pr Lévy répond en indiquant que le suicide fait partie des causes indirectes de mortalité maternelle, mais que les liens entre les causes et le suicide sont difficiles à établir.

L'UNAF souligne, concernant l'âge maternel élevé, que la politique familiale est en cause. En outre, concernant les populations sub-sahariennes, elle estime que peu de documents leurs sont adaptées.

Le Pr Lévy complète son propos en indiquant que si l'embolisation apparaît comme la prise en charge indiquée dans le traitement d'une hémorragie, il faut cependant prendre en compte, au moment de poser l'indication, que cette intervention n'est pas réalisable partout et que les équipes capables de la réaliser sont en nombre limité. Il vaut parfois mieux prendre la décision de réaliser une hystérectomie que vouloir à tout prix transférer une femme pour une embolisation qui survient trop tard.

Enfin, en matière d'évitabilité de la mortalité maternelle, il est nécessaire de connaître les recommandations existant, de les intégrer aux pratiques des équipes. La « mise en situation d'urgence » permettrait en outre de préparer les équipes car les HPP graves nécessitent des réactions immédiates auxquelles les équipes doivent être entraînées.

Le Pr Bréart confirme que la réduction de la mortalité maternelle passe par une meilleure prise en charge des hémorragies. Le Pr Picaud suggère d'étendre l'étude la mortalité maternelle à celle des nouveau-nés. En Rhône-Alpes, une revue de mortalité est réalisée pour les nouveau-nés.

4. Situation des sages-femmes libérales en 2009 (Mme Bicheron)

Mme Bicheron souhaite attirer l'attention des membres de la CNN sur le niveau des revenus des sages-femmes libérales qui se situe en dessous de certaines professions paramédicales, comme les masseurs-kinésithérapeutes et les infirmiers.

La présentation de Mme Bicheron est annexée au présent compte-rendu.

La CNAMTS et la DSS indiquent que, dans le cadre de la convention des sages-femmes de 2008, les tarifs ont été augmentés. Par ailleurs, la démographie de ces professionnelles a fortement progressé en 10 ans.

A la remarque que le tarif de la lettre clé SF reste insuffisant selon les sages-femmes, la DSS rappelle que le tarif de la lettre clé est le résultat de négociations avec les professionnels dans le cadre conventionnel et que la CNN n'est pas le lieu d'en discuter.

Mme Bicheron indique en conclusion que l'Assurance maladie mène une expérimentation portant sur le suivi du post-partum par des sages-femmes dans 3 départements. Il existe également des établissements qui ont mis en place une organisation avec des sages-femmes libérales que les femmes suivies par la maternité peuvent contacter avant leur accouchement.

5. Questions diverses

Les sages-femmes enseignantes

Le collège national des sages-femmes (CNSF) souhaite attirer l'attention de la CNN sur un projet de décret portant sur la nomination des directeurs d'école de sages-femmes : au regard des missions de pilotage des ARS, l'organisation de ces concours passerait des DRASS aux directeurs d'établissement de santé. La DHOS répond que sa sous-direction des ressources humaines a pris des contacts sur ce sujet avec la représentante des sages-femmes enseignantes.