



## COMMISSION NATIONALE DE LA NAISSANCE (CNN)

Réunion du 28 mars 2006

**J. Lansac (CNGOF), C. Dognin (Fédération des cercles des hôpitaux généraux)**

**Membres du CNGOF présents : C. Dognin, J. Lansac, I. Nisand, L. Marpeau**

### ➤ **D. Houssin , Directeur général de la santé, fait une réponse au rapport de la Cour des comptes**

- Sur la prévention des risques liés à l'usage de tabac et d'alcool pendant la grossesse, il est rappelé les actions de communication, la charte de bonne conduite, les actions dans les lycées et les collèges.
- L'INVS (Institut national de veille sanitaire) est chargé de la surveillance des syndromes d'alcoolisme fœtal, de continuer à travailler avec l'APRI (CO2 expiré) et s'assurera de la sortie du nouveau carnet de maternité en juin 2006 qui contiendra, entre autres, des recommandations concernant les conduites addictives.
- En ce qui concerne la PMI -qui est un service original et qui constitue un point d'ancrage de prévention- elle est et doit s'impliquer dans les réseaux et dans le travail sur l'entretien du 1<sup>er</sup> trimestre. L'EGAS doit faire un état des lieux national, car il existe à l'évidence des déséquilibres selon les départements et les régions où l'implication des services de PMI est tout à fait inégale.
- En ce qui concerne la prévention des risques pour les femmes en situation de précarité, il y a le programme PPRAPS, suivi prénatal avec entretien du 4<sup>ème</sup> mois (les recommandations de l'HAS sur l'entretien du 4<sup>ème</sup> mois sont parues).
- Pour la situation dans les DOM/TOM, les questions sanitaires sont au premier rang étant donné la gravité de cette situation.
- Mortalité maternelle : l'étude de ces décès continue sous l'égide de l'INVS.

### ➤ **J. Castex, Directeur de la DHOS**

#### Réponse au rapport de la Cour des comptes

- A propos des petites maternités dont « l'utilité n'est pas convaincante » et concernant la lenteur dans les restructurations, il est rappelé qu'elles ont déjà été très importantes et l'on peut dire qu'aujourd'hui l'essentiel a été fait dans les maternités.  
En effet, le nombre des maternités faisant moins de 300 accouchements par an est passé de 89 à 30 de 1997 à 2004.  
Ces restructurations sont guidées par la notion de maintien d'un niveau de sécurité et de qualité de la prise en charge et doivent faire appel à des solutions alternatives. Les cas restants sont souvent des cas très difficiles à résoudre, avec des connotations politiques fortes.

- Le texte sur le cahier des charges des réseaux est signé, ce qui permet de signer des accords avec URCAM et ARH.
- Démographie médicale hospitalière : la commission Berland a été installée afin d'étudier la persistance des inégalités géographiques de cette démographie. Elle procédera par auditions et il y aura des réflexions pour la gynécologie-obstétrique.

### Aspects financiers du plan périnatal

- Ce plan est un effort financier significatif et justifié et a été considéré comme prioritaire.
- Les délégations ministérielles pour 2005 (de mars 2005 à février 2006) ont été de 110 millions d'euros pour le public (78 pour 2005 et 33 pour 2006), et de 20 millions d'euros pour le privé.  
La question est de savoir si les attributions ont été effectives ; il existe à ce sujet quelques interrogations.
- L'enquête faite auprès de toutes les ARH pour la campagne 2005 fait apparaître que 1600 postes, toutes catégories confondues, ont été créés, dont 1400 au titre de la mise aux normes en secteur public. La prévision totale des postes à créer était de 1950 postes.  
Les postes créés doivent aller au plan et non disparaître dans le budget des établissements.  
Il y a eu perte de temps mais pas de perte en ligne ; il n'est pas question que les crédits du Plan périnatalité ne soient pas utilisés sauf décalage de temps, en particulier pour des problèmes de recrutement.  
La mission TAA doit étudier comment faire pour que les crédits du Plan périnatalité puissent être intégrés dans le mode de financement de droit commun des établissements.  
Les tarifs en néo-natalité et en obstétrique ont été revus afin de montrer que la tarification à l'activité n'est pas illogique.

### ➤ Bilan 2005 du Plan périnatalité

- Créations de postes à l'occasion du Plan périnatalité (enquête ARH).  
25 régions/26 ont répondu (pas de réponse de la Corse) ; ces résultats concernent les établissements publics et PSPH.  
Total des créations : 1607,8 postes
  - 207 postes médecins : 105 pédiatres et 102 PH G/O ;
  - 468,2 SF, dont 347,5 pour la mise aux normes et 120,8 pour la consultation du 4<sup>ème</sup> mois ;
  - 504,9 puéricultrices ;
  - 153 infirmières ;
  - 105,6 auxiliaires ;
  - 33,7 aides-soignantes ;
  - 60,9 psychologues (soit 22 % de la mesure) ;
  - autres créations : 72,9.
- 74 % de ces postes ont été créés, mais seulement 57 % de ces postes créés sont pourvus car les crédits ont été donnés en fin d'année et les recrutements sont en cours (64 pédiatres).
- L'enquête du CNGOF portant sur les postes recrutés trouve le chiffre de 45 postes pourvus, ce qui correspond aux 102 postes créés par les ARH, dont 57 % ont été pourvus.

### ➤ Budget et T2A

- Il est remarqué que la codification CCAM des actes médicaux est un codage médical qui, normalement, ne doit pas être applicable aux sages-femmes qui sont encore sur la codification NGAP. Ceci est d'autant plus choquant que les sages-femmes sont des médecins à compétence limitée ; c'est le même acte fait par un médecin et par une sage-femme (accouchement, échographie, consultation,

etc), mais il faut aussi un moyen de différencier les deux activités et de les valoriser. La décision dépend de la CNAM.

- Allocation globalisée sous forme de MIG, qui comporte une enveloppe d'aide à la contractualisation (AC).

En année pleine, cela représente un effort de :

- 21,5 M€ pour la mise aux normes en G/O ;
- 6,8 M€ pour la réanimation pédiatrique ;
- 2,8 M€ pour la consultation du 4<sup>ème</sup> mois.

Les MIG ont surtout concerné l'environnement psychologique de la naissance, pour 1,5 M d'euros en 2005 et 2,06 M d'euros pour 2006. Les transports ante et post-natals ont reçu 2,7 M d'euros en 2005 et recevront 8,9 M d'euros en 2006. Enfin, on note une petite enveloppe de 40 000 euros pour la permanence d'accès aux soins.

- Les tarifs des GHS

Soit une dotation globale pour les établissements publics et PSPH, soit OQN pour les établissements privés. Ces derniers ont vu 2 GHS avoir des augmentations, en particulier les nouveau-nés de 2500 g et plus (+ 30 %), ainsi qu'une aide à l'investissement au titre du fonds de modernisation des établissements de santé à hauteur de 6,2 M d'euros.

- Pour les hôpitaux publics et PSPH, il y a diminution de la rubrique 14 et augmentation de la rubrique 15 ; cette diminution des tarifs serait due à l'arrivée de la nouvelle version 10 de la classification de la CCAM, où il y aurait une meilleure définition de chaque GHS.
- Cette augmentation de la finesse de recueil serait aussi garantie par la V10.
- Les recettes sont calculées par multiplication des tarifs par l'activité. Or l'évolution de l'activité 2005 a été théoriquement plus forte que prévue mais, en fait, cette augmentation n'est pas réelle car il y a eu surtout un gros effort de tous pour améliorer le recueil exhaustif de l'activité.
- On constate une certaine volatilité des tarifs qui sont fonction de la prévision d'activité globale qui a été fixée à 2,6 % pour 2006 ; le ministre s'est engagé que sur le fait que, si le volume d'activité était surévalué (donc inférieur à 2,6 %), il y aurait une hausse des tarifs.
- La baisse de tarifs de 1 à 7 % entre 2005 et 2006 est la conséquence de l'augmentation globale de la V10. L'explication technique est confuse, d'où un manque de transparence pour le G/O de base.
- Cette tarification en baisse est aussi la conséquence du dérapage des dépenses en 2005 ; cela constitue en fait un remboursement de la part des hôpitaux.
- Cette tarification à l'activité va révéler le fonctionnement des services hospitaliers et l'activité réelle de ceux-ci.
- I. Nisand pose la question des rapports entre TAA et réseau, car cette façon de procéder a tendance à favoriser l'hospitalo-centrisme. Est-ce que cette tarification ne gêne pas la politique de santé publique ? Réponse : blablabla (il faut intéresser l'hôpital aux soins qu'il pourrait continuer à assumer en ville ; comment inciter l'hôpital à favoriser les réseaux ? n'aboutit-on pas à un tri des patients ?).  
Un comité d'évaluation extérieur sous l'égide de l'HAS va étudier le sujet !!!

## ➤ Grippe aviaire

Le guide méthodologique (version 1) est disponible sur le site Internet.

Une circulaire est en cours de préparation : suivi à domicile au maximum.

Organisation des services en deux parties : haute et faible densité virale.

Salle de naissance particulière pour les faibles risques : Algéco dans la cour de l'hôpital ?

Sortie précoce.

Que faire du nouveau-né si mère malade ? Garder avec sa mère ou les séparer ?

Réanimation pédiatrique mixte difficile à protéger.

➤ **Préparation à la naissance et à la parentalité**

Présentation des recommandations de l'HAS.

Suite au rapport du Dr Molénat : élaboration d'un référentiel de formation à l'entretien du 4<sup>ème</sup> mois, qui pose de nouvelles questions et qui constitue un starter à l'esprit de réseau. Ce référentiel ne sera jamais définitif.

➤ **Précarité et grossesse, P. Larcher**

A Paris en 2004, chaque nuit, 80 femmes enceintes couchent dans la rue (SAMU social).

15 % des femmes enceintes ont un logement non stable (caravane, squat, tente) (Médecin du monde).

Il y a différentes catégories de femmes enceintes en situation de précarité : françaises pauvres mais avec CMU, avec ou sans domicile, étrangères avec papiers, sans papiers, etc.

Les sans-papiers ne viennent pas dans les hôpitaux de peur d'être reconduites à la frontière.

La loi prévoit que l'état rembourse à l'hôpital les frais d'hospitalisation.

L'enfant est couvert par celui qui a la couverture sociale. Si le père est parti et que la femme n'a pas de couverture sociale, l'enfant n'est pas couvert.

Il est proposé :

- d'organiser à jour fixe des consultations sans rendez-vous pour les femmes enceintes ;
- de prévoir un logement durable pour la mère en début de grossesse afin qu'elle puisse y rester avec son enfant ;
- de donner la définition du « panier de la ménagère » précaire enceinte pour les œuvres caritatives ;
- d'octroyer la CMU à la naissance de l'enfant ;
- de prévoir du lait maternisé dans les banques alimentaires quand l'allaitement au sein n'est pas possible ;
- d'organiser des enseignements à la fac et en FMC sur le suivi des femmes enceintes en situation de précarité.