



Francis Puech

## Éditorial

### Le PRADO, vous avez entendu parler ?

Si vous ne connaissez pas encore le PRADO (Programme d'accompagnement de retour à domicile), vous pouvez prendre connaissance (sur le site internet du Collège) du communiqué de presse que le CNGOF a publié le 31 janvier 2012 avec le titre « Le PRADO : un programme pavé de bonnes intentions... ».

Le projet PRADO prévoit qu'un conseiller de la Caisse primaire d'assurance maladie (CPAM) - présent à la maternité - rende visite aux mères durant leur séjour à la maternité pour leur proposer un suivi à domicile et leur présenter une liste de sages-femmes libérales parmi lesquelles elles devront faire leur choix. La sage-femme choisie viendra le lendemain du retour à domicile, puis une deuxième fois dans les sept jours suivants pour accompagner les jeunes accouchées et prodiguer les soins nécessaires.

Bonnes intentions ? Pour mettre en place le PRADO, l'Assurance maladie est partie d'un constat simple : la durée moyenne de séjour pour un accouchement normal doit diminuer. Actuellement, elle est de 4,3 jours en France, contre 3,2 jours en moyenne dans les pays de l'OCDE en 2009. Et en réalité, l'objectif de l'Assurance maladie est d'encourager les mamans à quitter plus tôt la maternité en facilitant leur retour à domicile pour, à terme, faire des économies. Or la durée de séjour dépend essentiellement des caractéristiques des établissements (CHU, CH, privé), de leur nombre d'accouchements et de la région. Les sorties à J3 et les sorties précoces sont, le plus souvent, le fait d'une organisation contrainte sans choix de l'équipe ni des femmes.

Le CNGOF mais aussi beaucoup d'autres sociétés, fédérations ou représentants des professionnels de la naissance ont très tôt réagi devant la mise en place du PRADO par les CPAM en raison :

- d'une absence de concertation avec les gynécologues-obstétriciens, les médecins généralistes, les pédiatres, les services de protection maternelle et infantile, les réseaux de santé en périnatalité et les établissements de santé ;
- d'une absence de prise en compte de l'existant dans l'organisation de la sortie de maternité ;
- du choix d'une stratégie impliquant directement et uniquement les sages-femmes libérales dont le nombre et la répartition sur le territoire national obèrent la possibilité d'assurer le service annoncé ;

- de l'introduction de conseillers de l'Assurance maladie au sein des services d'accouchements pour faire auprès des femmes la promotion du système PRADO.

La Commission nationale de la naissance et de la santé de l'enfant a de son côté, dès la constatation du projet d'expérimentation, mis en place un groupe de travail « sortie de maternité ». Ce groupe de travail a pour objectif de constituer un document de synthèse destiné en priorité aux établissements de santé et aux professionnels de la naissance qui n'ont pas à ce jour défini de modalités d'information des femmes en amont de la sortie de maternité, et qui ne proposent aucun accompagnement aux femmes au moment de la sortie, ni pour elles, ni pour leur enfant, afin de les amener à définir, parmi les modalités qui sont présentées dans le document, une organisation opérationnelle répondant aux attentes des femmes quelle que soit la durée de leur séjour.

Malgré tout, la mise en place de ce PRADO - qui a fait l'objet d'une première expérimentation en 2010 sur trois départements - a été étendue en 2011 à huit CPAM (Alpes-Maritimes, Bas-Rhin, Isère, Maine-et-Loire, Gard, Rhône, Yvelines, Var). Début 2012, celui-ci va être opérationnel dans dix-huit autres CPAM (Ain, Ardèche, Bouches-du-Rhône, Calvados, Doubs, Drôme, Finistère, Hauts-de-Seine, Haut-Rhin, Haute-Garonne, Hérault, Ille-et-Vilaine, Loire, Loire-Atlantique, Martinique, Moselle, Pyrénées-Orientales, Vaucluse).

Le programme est en cours de déploiement dans 26 caisses et il est prévu de le généraliser progressivement en 2012/2013 à toutes les caisses du territoire...

Francis Puech

BREVES

29

avril  
2012

# Le rapport de la Cour des comptes sur la politique de périnatalité\* : urgence d'une remobilisation, un rappel à l'ordre plus pressant qu'en 2006

**A**près avoir fait un rapport en demi-teinte en 2006, la Cour des comptes met en lumière une situation qui a plutôt tendance à se détériorer, et force est de constater que nous sommes d'accord sur à peu près tous les plans. Il en est de même avec les huit recommandations qu'elle préconise.

Nos résultats en termes de mortalité sont décevants, voire préoccupants.

Notre mortalité périnatale n'est plus quantifiable depuis 2008, depuis qu'à la suite de différents arrêts de la Cour de cassation la déclaration à l'état civil d'un enfant né sans vie est en effet désormais laissée à la liberté des parents pour toute grossesse à partir de 15 semaines. L'enregistrement n'étant plus exhaustif et la déclaration ne permettant pas de distinguer les enfants mort-nés selon la définition internationale, la France ne dispose plus de statistiques fiables pour la mortalité. Par voie de conséquence, il en va de même pour les autres indicateurs intégrant le nombre d'enfants mort-nés, comme la mortalité périnatale. Pour « réparer » cette incongruité, une instruction de la DGS du 26 octobre 2011 relative au rappel des modalités d'enregistrement et de codage des enfants mort-nés dans le PMSI nécessaires à la production de l'indicateur de mortalité vient d'être publiée au Bulletin officiel santé du 15 janvier 2012\*\*.

Plus préoccupante est la stagnation de la mortalité infantile vraisemblablement à la charge de la mortalité néonatale (28 premiers jours de vie), « vraisemblablement » car nous n'avons pas suffisamment d'outils pour en analyser les causes.

Quant aux décès maternels, ils restent pour moitié évitables avec comme grande cause l'hémorragie de la délivrance...

Constat aussi d'une dégradation du système d'information : en effet, la France se caractérise par plusieurs systèmes d'information coexistants, en mille-feuilles, mais qui, en définitive, ne permettent pas de disposer des indicateurs jugés comme essentiels par le projet Euro-Peristat.

Certes, l'enquête nationale périnatale est un « événement » riche en renseignements, mais elle est limitée à une semaine d'accouchements (soit 2 % des naissances) et programmée pour être réalisée tous les trois ans ; la première a eu lieu en 1995, la deuxième en 1998, la troisième en 2003, la quatrième en 2010...

La mise en œuvre seulement très partielle du plan périnatalité 2005-2007 n'a pas permis de remédier à des difficultés que la Cour avait identifiées en 2006 : une analyse insuffisamment précise des causes d'une situation médiocre et marquée de considérables disparités territoriales, un effort de prévention très insuffisant en direction des femmes en situation de vulnérabilité, une absence de prise en considération prioritaire de la situation des départements d'outre-mer, une implication inégale des services de PMI des départements.

## Conclusion et recommandations

Ainsi, la Cour des comptes réitère ses recommandations antérieures et en formule cinq supplémentaires :

1. Analyser les causes de la stagnation de la mortalité infantile en métropole et de son augmentation dans les départements d'outre-mer en mobilisant notamment la recherche.
2. Mettre en place un indicateur fiable de mortalité dès 2012.
3. Faire respecter par les départements l'obligation de transmission de données provenant des premiers certificats de santé.

4. Repenser le système d'information périnatal pour remédier aux lacunes actuelles.
5. Mener une campagne forte de prévention s'inspirant des expériences étrangères pour faire diminuer le nombre de décès maternels évitables.
6. Mettre en place systématiquement des revues « mortalité morbidité » dans le domaine périnatal au sein des réseaux de santé en périnatalité.
7. Renforcer la prévention en direction des femmes en situation défavorisée, notamment par une prise en charge psychosociale plus efficace et par l'amélioration de la coordination entre les acteurs.
8. Mobiliser l'action des services départementaux de PMI autour d'objectifs précis fixés par l'État tenant compte des caractéristiques de chaque territoire.

Une remobilisation de l'ensemble des acteurs s'impose, au niveau national comme sur le plan local, pour améliorer au plus vite nos performances sanitaires dans un domaine généralement considéré comme reflétant le niveau de développement d'un pays.

Francis Puech

\* [http://www.ccomptes.fr/fr/CC/documents/Syntheses/Synthese\\_rapport\\_public\\_annuel\\_2012.pdf](http://www.ccomptes.fr/fr/CC/documents/Syntheses/Synthese_rapport_public_annuel_2012.pdf)

\*\* [http://www.sante.gouv.fr/fichiers/bo/2011/11-12/ste\\_20110012\\_0001\\_p000.pdf](http://www.sante.gouv.fr/fichiers/bo/2011/11-12/ste_20110012_0001_p000.pdf)

## Le grand livre de ma grossesse Édition 2012-2013

**L**a première édition du « Grand livre de ma grossesse » en 2011 a été plébiscitée par les futures mamans. Avec plus de 13 000 exemplaires vendus en première année (25 % du marché), nous devenons le principal challenger du Laurence Pernoud.



Devant ce succès, une nouvelle édition s'imposait. Nous avons donc revu tous les chapitres, à la lumière des remarques faites par les lectrices mais aussi par les médecins et les sages-femmes.

Des notions ont été précisées ou ajoutées :

- les nouvelles recommandations des autorités de santé : enrichissement du régime alimentaire en acide folique, iode, dépistage du diabète, dépistage de la trisomie 21, jumeaux ;
  - des informations sur la pathologie dentaire, l'asthme, l'anémie ;
  - un document pour expliquer ce qui est vu ou non vu en échographie ainsi que les courbes de croissance des différents paramètres.
- L'index a été revu et orienté de manière plus médicale.

Un flashcode permet de voir les vidéos sur l'échographie, la toilette du bébé, les soins au cordon...

Les questions posées sur le site « aufeminin.com » font l'objet d'un encart en marge du texte. On trouvera la réponse à la question posée dans les textes du chapitre correspondant.

Nous espérons ainsi poursuivre, à travers ce livre, le dialogue nécessaire entre les professionnels de la naissance et le public. Merci aux gynécologues de le recommander mais aussi de nous faire part de leurs critiques ou suggestions.

Jacques Lansac

## L'ASIP, c'est quoi ?

L'ASIP est une nouvelle agence : l'Agence des systèmes d'information partagés de santé, comme nous avons l'AFSSAPS, l'ABM...

Elle a été créée par la loi « hôpital, patients, santé, territoires », avec pour objectifs :

1. La réalisation et le déploiement du dossier médical personnel (DMP).
2. La définition, la promotion et l'homologation de référentiels, standards, produits ou services contribuant à l'interopérabilité, à la sécurité et à l'usage des systèmes d'information de santé et de la télésanté, ainsi que la surveillance de leur bonne application.
3. La maîtrise d'ouvrage et la gestion des annuaires et référentiels nationaux regroupant les identités et informations associées relatives aux professionnels de santé, ainsi qu'aux services et établissements de santé et du secteur médico-social.
4. La certification, la production, la gestion et le déploiement de la carte de professionnels de santé, et plus généralement de dispositifs assurant les fonctions d'identification, d'authentification, de signature et de chiffrement permettant aux professionnels de santé de faire reconnaître, dans les conditions de sécurité et de confidentialité requises, leur identité et leurs qualifications professionnelles par les systèmes d'information et d'échanges électroniques qu'ils utilisent.

Cette agence du Gouvernement a passé convention avec le CNGOF pour mutualiser les compétences en matière de structuration des données de l'information en gynécologie-obstétrique et périnatalité, qui viendront nourrir les comptes rendus et certificats ayant vocation à être enregistrés dans le dossier médical personnel (DMP).

Ce travail se fera avec l'AUDIPOG, qui est en quelque sorte le « bras informatique » du CNGOF.

Les spécifications techniques pour la gynécologie-obstétrique seront donc définies par des professionnels de la naissance (gynécologues-obstétriciens, sages-femmes, pédiatres, anesthésistes mais aussi généralistes). Elles seront publiées dans le cadre d'interopérabilités des systèmes d'information de santé qui doivent être intégrés dans les logiciels métiers utilisés par les professionnels de santé. Cela devrait permettre de partager et d'échanger des informations de santé sans ressaisies, et cela à des fins cliniques et de santé publique.

Le programme de travail défini par l'ASIP, le CNGOF et l'AUDIPOG pour la période 2011-2012 consiste à caractériser la structure et la sémantique appliquée pour produire le résumé de grossesse, le résumé d'accouchement et le résumé de séjour du nouveau-né et de sa maman.

Le groupe de travail pour le CNGOF-AUDIPOG est composé de :

Françoise Vendittelli (CHU de Clermont-Ferrand), Catherine Crenon-Hébert (hôpital Louis Mourier à Colombes), Véronique Tessier (sage-femme à l'APHP), Catherine Foulhy (sage-femme à Clermont-Ferrand), Olivier Multon (clinique Atlantique à Nantes), Olivier Rivière (informaticien AUDIPOG à Lyon), Christine Boissinot (pédiatre à l'hôpital Robert Debré, APHP), Romain Favre (CHU de Strasbourg), Olivier Sibony (hôpital Robert Debré, APHP), Gérard Krim (néonatalogue à Amiens).

Le groupe de travail sera dirigé par Charles Rica (ASIP) et Jacques Lansac (Président de l'AUDIPOG).

L'ASIP allouera au CNGOF une subvention de 26 000 euros par an pour les frais d'organisation des réunions (frais de déplacement, de repas, etc...) et le dédommagement des libéraux (11 CS par demi-journée).

Le travail se poursuivra les années suivantes pour les dossiers informatisés de gynécologie et celui des urgences.

Nous espérons que la définition de données informatiques en gynécologie-obstétrique enfin échangeables permettra au CNGOF via l'AUDIPOG - et donc aux professionnels - d'avoir des données permettant d'évaluer les pratiques et l'influence des RPC au niveau national, mais aussi au niveau régional ce qui n'est pas le cas aujourd'hui.

Tous ceux qui sont intéressés par ces problèmes peuvent se manifester auprès d'un des membres du groupe de travail.

Jacques Lansac

## Le don de sang placentaire : un bon bilan 2011 !

Le réseau public de banques de sang placentaire et de maternités qui organisent le don se développe sous l'autorité de l'Agence de la biomédecine.

Grâce à la mobilisation des gynécologues-obstétriciens, des sages-femmes, des établissements et des hématobiologistes, on peut dire qu'au 31 décembre 2011 le stock français d'unités de sang placentaire a atteint le chiffre de 16 162, dont 900 enregistrées sur le registre France greffe de moelle sur le seul mois de décembre !

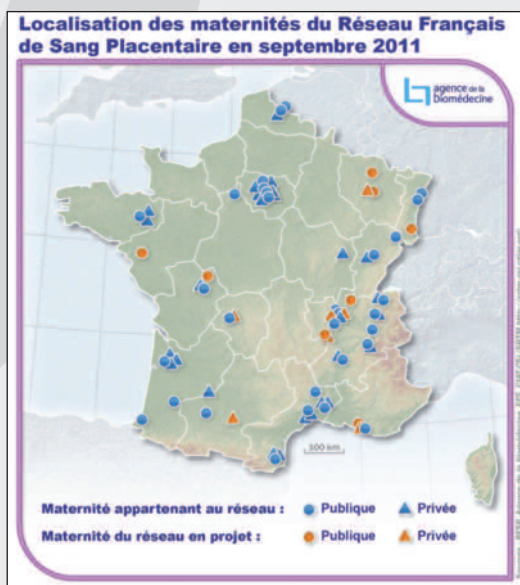
En 2011, il y avait presque 60 maternités actives représentant plus de 180 000 naissances et 22 000 prélèvements, ce qui a permis de stocker 5441 unités de sang placentaire enregistrées au 31 décembre, soit deux fois plus que l'année 2010 et plus de la moitié du stock des 10 906 unités de sang placentaire de fin 2010, et autant en une année que sur les trois précédentes...

On peut donc penser que l'objectif de 30 000 unités de sang placentaire en 2014 sera atteint.

Bien entendu, il faut continuer dans cette voie pour le plus grand bénéfice des patients, tant français qu'étrangers puisque la France est le deuxième pays au monde pour le nombre d'unités cédées à d'autres pays.

Yahn Rouquet, Frédérique Teurnier

Représentants du CNGOF et du CNSF au Réseau français de sang placentaire





## Les prix JFROG 2011

Ces prix sont décernés par un jury des Journées francophones de recherche en obstétrique et gynécologie (JFROG).

### Les prix SHAM

La Sham (Société hospitalière d'assurances mutuelles), un des principaux assureurs des établissements de soins, finance quatre prix d'un montant total de 8000 euros attribués aux quatre meilleures publications réalisées sur le thème de l'amélioration de la qualité des soins en gynécologie et en obstétrique.

#### ■ Prix Dominique Mahieu Caputo



Impact de la traction contrôlée du cordon au cours de la délivrance sur l'incidence de l'hémorragie du post-partum : l'essai multicentrique contrôlé randomisé Tracor

C. Deneux-Tharoux<sup>1</sup>, L. Sentilhes<sup>2</sup>, F. Maillard<sup>1</sup>, E. Closset<sup>3</sup>, D. Vardon<sup>4</sup>, J. Lepercq<sup>5</sup>, F. Goffinet<sup>1,6</sup>

1. INSERM U953, UPMC, Paris - 2. Service de gynécologie-obstétrique, CHRU d'Angers - 3. Service de gynécologie-obstétrique, hôpital Jeanne de Flandre, CHRU de Lille - 4. Service de gynécologie-obstétrique, CHRU de Caen - 5. Maternité, hôpital St Vincent de Paul, Paris - 6. Maternité Port-Royal, Paris

#### ■ Évaluation de la qualité de vie des patientes prises en charge chirurgicalement pour prolapsus génital : faisabilité d'un recueil informatique des données



S. Huberlant, V. Letouzet, P. Marès, R. de Tayrac

Service de gynécologie-obstétrique, CHU Caremeau, Nîmes

#### ■ Élaboration et évaluation d'un outil d'enseignement de la réparation des déchirures périnéales du 3<sup>e</sup> et du 4<sup>e</sup> degré



V. Emmanuelli<sup>1</sup>, J.P. Lucot<sup>2</sup>, E. Closset<sup>1</sup>, P. Deruelle<sup>1,3</sup>

1. Clinique d'obstétrique, hôpital Jeanne de Flandre, CHRU de Lille - 2. Service de chirurgie-gynécologique, hôpital Jeanne de Flandre, CHRU de Lille - 3. Université Lille Nord de France, UDSL

#### ■ Quantification de la vascularisation utéro-placentaire par échographie doppler 3D au 1<sup>er</sup> trimestre : valeur prédictive pour la survenue de pathologies vasculaires placentaires. Étude de cohorte prospective multicentrique



E. Perdrille-Galet<sup>1,2</sup>, V. Tsatsaris<sup>3,4,5</sup>, P. Chavatte-Palmer<sup>5,6</sup>, G. Grangé<sup>3,5</sup>, E. Azria<sup>7</sup>, J. Nizard<sup>8</sup>, E. Vicaut<sup>9</sup>, J. Felblinger<sup>2</sup>, O. Morel<sup>1,2,4,5,6</sup>

1. Maternité université régionale de Nancy - 2. Unité INSERM U 947, Nancy - 3. Maternité Port-Royal, université Paris V - 4. Unité INSERM U 767, Paris - 5. PREMUP foundation - 6. INRA - 7. Maternité de l'hôpital Bichat, université Paris VII - 8. Maternité de l'hôpital la Pitié-Salpêtrière, université Paris VI - 9. Unité de recherche clinique de l'hôpital Fernand Widal, Paris

### Le prix CNGOF-SAGO

Il a été attribué au Docteur Maina Oumara (Niamey, Niger). Il a consisté en la prise en charge par le CNGOF du voyage, du séjour et de l'inscription du Dr Maina Oumara pour assister aux 35<sup>es</sup> Journées du Collège.

### Les prix FERRING

Ces prix, bénéficiant du soutien du laboratoire Ferring, récompensent les 2 meilleures communications (1000 euros chacune) et les 2 meilleurs posters (500 euros chacun) présentés à l'occasion des JFROG.

#### Communications orales

##### ■ Développement d'une procédure d'illumination de la cavité



abdominale pour la thérapie photodynamique de la carcinose péritonéale d'origine ovarienne

L. Guyon<sup>1,2</sup>, J.C. Lesage<sup>2</sup>, N. Betrouni<sup>2</sup>, P. Collinet<sup>1,2</sup>, S. Mordon<sup>2</sup>

1. Service de gynécologie-obstétrique, hôpital Jeanne de Flandre, CHRU de Lille - 2. Unité INSERM 703, CHRU de Lille

##### ■ Conséquences à l'âge adulte d'une stimulation nociceptive chronique néonatale et d'une analgésie par fentanyl



V. Bot-Robin<sup>1</sup>, V. Emmanuelli<sup>1</sup>, I. Dutriez-Casteloot<sup>2</sup>, C. Lafon<sup>1</sup>, P.G. Legal<sup>1</sup>, J. Ivars<sup>1</sup>, P. Pierimenis<sup>1</sup>, E. Aubry<sup>1</sup>, A. Vambergue<sup>1,3</sup>, P. Deruelle<sup>1,4</sup>, D. Vieau<sup>2</sup>, L. Storme<sup>1,5</sup>, V. Houfflin-Debarge<sup>1,4</sup>

1. Équipe Environnement Périnatal et Croissance de l'EA 4489 PRES, université Lille Nord de France, Lille - 2. Équipe Dénutrition Maternelles Périnatales de l'EA 4489 PRES, université Lille Nord de France, Lille - 3. Service de diabétologie, CHRU de Lille - 4. Pôle d'obstétrique, hôpital Jeanne de Flandre, CHRU de Lille - 5. Service de réanimation néonatale, hôpital Jeanne de Flandre, CHRU de Lille

#### Posters

##### ■ Évaluation de la formation des internes sur simulateur d'accouchement



P. Vieille, E. Mousty, R. de Tayrac, P. Marès, V. Letouzet

Service de gynécologie-obstétrique, CHU Caremeau, Nîmes

##### ■ Recherche de nouveaux biomarqueurs du cancer épithélial de l'ovaire par imagerie Mald



C. Boyon<sup>1,2</sup>, R. Longuespée<sup>1,3</sup>, O. Kerdraon<sup>4</sup>, A. Desmons<sup>1</sup>, R. Day<sup>3</sup>, D. Vinatier<sup>2</sup>, I. Fournier<sup>1</sup>, M. Salzet<sup>1</sup>

1. Laboratoire de spectrométrie de masse fondamentale et appliquée, EA 4550, université des sciences et technologie de Lille - 2. Service de chirurgie gynécologique, hôpital Jeanne de Flandre, CHRU de Lille - 3. Institut de pharmacologie de Sherbrooke, Université de Sherbrooke, Canada - 4. Centre d'anatomie et de cytologie pathologiques, CHRU de Lille

### La bourse du collège

Le CNGOF offre chaque année une bourse de 18 000 euros pour un séjour d'études à l'étranger, stage de recherche clinique, de recherche fondamentale ou un stage clinique couplé à un thème de recherche à l'étranger réalisé par un interne DES de gynécologie-obstétrique ou un CCA de gynécologie-obstétrique (maximum 4 ans de post-internat).

En 2011, elle a été attribuée à Vincent Letouzet pour un stage de recherche sur la réfection tissulaire du plancher pelvien par intégration de cellules souches mésenchymateuses (MSC), stage d'un an au Pelvic Floor Unit, Monash Medical Center, à Melbourne, Australie.

En 2012, elle a été attribuée à :

- Cyrille Huchon pour un stage de recherche sur le développement d'outils d'évaluation et de diagnostic utilisables en santé mondiale fondés sur les preuves, stage d'un an au centre de recherche du CHU Sainte Justine de Montréal, Canada.

- Florent Fuchs pour un stage de recherche sur le mode d'accouchement des macrosomes, comparaison France-Canada, stage d'un an dans l'unité de recherche clinique et évaluative en périnatalité (URCEP) du CHU Sainte Justine de Montréal, Canada.

Les prochaines journées nationales du CNGOF se dérouleront du mercredi 5 au vendredi 7 décembre 2012 au CNIT, Paris-La Défense.



Pré-programme : [www.cngof.org](http://www.cngof.org)

Directeur de publication :

Pr F. Puech (Lille)

Rédacteur en chef :

Pr Ph. Descamps (Angers)

Conseiller spécial :

Pr J. Lansac (Tours)

Comité de rédaction :

Pr E. Daraï (Paris)

Pr D. Luton (Clichy)

Conception / réalisation :

Accent Aigu

Webmaster :

B. Michelon  
([www.cngof.org](http://www.cngof.org))