



Plate-forme de Coordination de l'Observation Sociale et Sanitaire - PCOSS



Rapport de synthèse et propositions
THEMATIQUE « Bien naître »

Septembre 2007

Plate-forme de Coordination de l'Observation Sociale et Sanitaire - PCOSS - des Pays de la Loire

THEMATIQUE « BIEN NAITRE »

Rapport de synthèse, et propositions

*Groupement régional
de santé publique (GRSP)*

septembre 2007

INTRODUCTION	3
Chapitre I - Les sources d'information.....	6
11 - Les statistiques d'état civil.....	6
12 - Certificats de décès.....	9
13 - Certificats de santé.....	11
14 - Déclaration de grossesse (1 ^{er} examen médical prénatal) [9].....	14
15 - Programme de médicalisation des systèmes d'information (PMSI).....	17
16 - Assurance maladie - maternité.....	18
17 - Réseau « Sécurité Naissance - Naître ensemble » des Pays de la Loire [11].....	19
Chapitre II - Les outils de partage de l'information.....	21
21 - Le tableau de bord périnatalité [12].....	21
22 - Les Annales du Réseau « Sécurité Naissance - Naître ensemble » des Pays de la Loire [11].....	22
23 - En département.....	22
Chapitre III - L'évaluation des politiques publiques.....	23
31 - Les indicateurs au plan national et européen.....	23
32 - Les indicateurs au plan régional.....	24
Chapitre IV - Les axes de développement de l'observation.....	27
41 - Développer la concertation et la synergie entre les différents opérateurs.....	27
42 - Pérenniser les outils existants.....	28
43 - Développer de nouveaux outils d'observation.....	28
44 - Améliorer la qualité des données recueillies, et animer le débat autour des données d'observation.....	29
45 - Développer la recherche sur les méthodes d'observation.....	32
PROPOSITIONS.....	33
ANNEXES.....	39
Membres du groupe de travail "Bien naître".....	40
Indicateurs PERISTAT.....	40
Fiches inventaire.....	42
Bibliographie.....	62

INTRODUCTION



Depuis une dizaine d'années, les systèmes d'information dans le domaine de la santé, mais aussi, à un degré moindre, dans le secteur social, ont connu un développement très important.

Le développement de ces systèmes correspond à l'émergence de nouveaux besoins d'information au plan national comme au plan régional.

Plus largement, les besoins d'expertise en région vont croissants et nécessitent de développer les outils d'aide à la décision à l'intention des décideurs et des professionnels.

Dans ce contexte, les ministères chargés de la santé, des affaires sociales, et de la protection sociale préconisent depuis plusieurs années de créer dans les régions des plates-formes de l'observation sociale et sanitaire, avec, pour mission :

- de recenser, mettre à disposition et valoriser les informations disponibles (statistiques, études et diagnostics locaux),
- de repérer et analyser les besoins en matière d'observation, d'études et de diagnostic,
- d'organiser la programmation et le suivi des travaux d'études, avec en perspective l'élaboration du Programme régional d'enquêtes et d'études statistiques (PREES),
- d'organiser la diffusion et l'échange autour de ces données, auprès des décideurs et des usagers.

Une circulaire a ainsi été rédigée [1], qui s'appuie sur l'expérience des plates-formes déjà installées dans différentes régions, et donne des orientations précises quant aux modalités de fonctionnement de ces plates-formes :

- prendre en compte les besoins considérés comme prioritaires par les décideurs,
- ne pas créer de nouvelle structure pour administrer la plate-forme,
- dédier prioritairement ces plates-formes à la coordination de l'observation des problèmes sociaux et médico-sociaux,
- ne pas mobiliser les moyens de la plate-forme pour la constitution de bases de données.

La Plate-forme des Pays de la Loire

Le PRSP veut favoriser le développement de l'observation

Le Plan régional de santé publique (PRSP) [2], arrêté début 2006 par le Préfet de Région, a inscrit parmi ses priorités le développement de l'observation, dans la continuité des orientations définies au plan national.

La mobilisation du PRSP en matière d'observation s'explique par le fait qu'une réelle dynamique régionale existe autour de ces questions, comme en témoigne l'élaboration de l'observation sociale des territoires [3] dans chacun des départements, initiés par les Ddass, la Drass, l'Insee, les Caf et les Conseils généraux.

De manière plus générale, une coordination effective existe entre les différents acteurs de l'observation : collaborations entre l'ORS, l'Urcam et la Drass pour la réalisation du tableau de bord « la santé observée » [4], signature d'une convention de coopération entre l'Urcam et l'ORS, publications communes entre les différents partenaires...

L'action de la Plate-forme de **coordination** de l'observation sociale et sanitaire des Pays de la Loire (PCOSS) s'inscrit dans la continuité de ces différentes actions.

Un outil de mutualisation des ressources en matière d'observation

Dans les Pays de la Loire, la plate-forme est avant tout envisagée comme un outil de mutualisation des ressources en matière d'observation.

Elle n'a pas vocation à réaliser des études en son nom propre. Elle n'est ni un entrepôt de données, ni un observatoire, et elle n'implique pas la création d'une instance supplémentaire, comme le préconise la circulaire ministérielle.

Ses actions se déclinent en cohérence avec le PRSP, et sous l'égide du Groupement régional de santé publique (GRSP), instance chargée au plan régional de coordonner la mise en œuvre du PRSP, où sont représentés les différents partenaires régionaux.

Cette dynamique sera organisée selon les quatre axes du PRSP :

- bien naître,
- bien grandir,
- bien vivre sa vie d'adulte,
- bien vieillir.

La thématique « bien naître »

Le Groupement régional de santé publique (GRSP) a souhaité que les travaux de la plate-forme concernent, dans un premier temps, la thématique « bien naître », afin de tester une méthode de travail qui pourrait être reprise, au vu des résultats, pour les autres thématiques.

Un groupe de travail a été constitué à la fin de l'année 2006 par la Drass et l'ORS, associant les représentants des différents opérateurs de l'observation et des institutions ayant directement en charge ces problèmes.

Le groupe de travail s'est réuni à trois occasions pour :

- réaliser l'inventaire des sources d'information sur cette thématique,
- évaluer les besoins d'information,
- repérer les points forts et les points faibles de la situation actuelle
- faire des propositions.

Ces réunions se sont tenues :

- le 12 décembre 2006,
- le 8 février 2007,
- le 23 avril 2007.

Le présent rapport, rédigé par François Tuffreau, directeur adjoint de l'ORS, rassemble les différents éléments collectés à l'issue de ces trois rencontres et à l'occasion des échanges qui ont eu lieu avec les différents acteurs de l'observation.

Une fois validé par le groupe de travail, ce document a été présenté et adopté le 22 octobre 2007 par le Groupement régional de santé publique des Pays de la Loire (GRSP), présidé par le Préfet de région.

Ce rapport a ensuite servi de base à l'élaboration d'un plan de développement de l'observation sociale et sanitaire périnatale, au plan régional, et dans les différents départements de la région.

Chapitre I - Les sources d'information

Lors des réunions de travail de la Plate-forme de coordination de l'observation sociale et sanitaire (PCOSS), sept grandes sources d'information ont été identifiées au niveau régional comme étant susceptibles de contribuer à l'observation régionale pour la thématique « bien naître ».

	Opérateur
Etat civil	Insee
Causes médicales de décès	Inserm
Certificats de santé	Conseils généraux
Déclaration de grossesse	Caisses d'allocations familiales
Programme de médicalisation des systèmes d'information	Agence régionale de l'hospitalisation
Assurance maladie-maternité	Urcam
Réseau sécurité naissance (RSN)	Réseau sécurité naissance

Ce recensement ne prend en compte que les outils régionaux considérés comme « permanents », c'est-à-dire faisant l'objet de recueils annuels. Les enquêtes spécifiques (enquête périnatale par exemple) menées ponctuellement ne sont pas prises en compte.

Certains systèmes d'observation peuvent être considérés comme spécifiques à la périnatalité (certificats de santé, état civil/naissances, Réseau sécurité naissance, déclaration de grossesses...) alors que d'autres couvrent des champs d'observation beaucoup plus larges (PMSI, assurance maladie).

11 - Les statistiques d'état civil

L'état civil constitue une des principales sources d'information en matière de périnatalité.

Des bulletins spécifiques sont renseignés lors de l'enregistrement des différents événements : naissance, mariage, divorce, décès, reconnaissance d'un enfant... Un cadre législatif très précis régit l'enregistrement de ces informations, qui a un caractère obligatoire et qui est effectué au sein du service d'état civil dont dispose chaque commune, par une personne chargée des fonctions « d'officier d'état civil ».

Ces bulletins ont plusieurs fonctions :

- ils certifient la réalité juridique de ces événements,
- ils enrichissent un certain nombre de fichiers de population détenus par l'Insee ou par des organismes de protection sociale,
- ils servent à élaborer les statistiques démographiques, qui sont établies par l'Institut national de la statistique et des études économiques (Insee).

Pour la thématique « bien naître », nous nous sommes plus particulièrement intéressés aux bulletins suivants :

- les naissances vivantes (B5),
- les naissances d'enfants sans vie (B6),
- les décès (B7).

Bulletin de naissance (B5) et bulletin d'enfant né sans vie (B6)

Source et circuit d'information

Le bulletin de naissance est renseigné en mairie, grâce aux informations transmises par les parents qui viennent enregistrer la naissance de leur enfant. La mairie dispose d'un jour pour transmettre ce bulletin à l'Insee, qui sert notamment à la mise à jour du Répertoire national d'identification des personnes physiques (RNIPP) et du Répertoire national interrégimes des bénéficiaires de l'assurance maladie (RNIAM), utilisé par les organismes de protection sociale.

Le traitement de ces bulletins permet également de constituer des fichiers pour la production de données statistiques.

Contenu des informations

- identité et renseignements relatifs à l'enfant (nom, prénom, reconnaissance),
- identité et renseignements relatifs à la mère ; date de naissance, domicile, situation professionnelle, nationalité,
- identité et renseignements relatifs au père ; date de naissance, domicile, situation professionnelle, nationalité,
- mariage des parents,
- autres renseignements : conditions de l'accouchement (à domicile, avec et sans l'assistance d'un professionnel de santé), type d'accouchement (simple, multiple...), autres enfants nés vivants (rang de naissance).

Le bulletin d'enfant sans vie est identique au bulletin de naissance, mais le nom de l'enfant n'y figure pas. Les qualités juridiques d'un enfant mort-né s'avèrent légèrement différentes, puisqu'il n'est pas possible de reconnaître un enfant décédé.

Exhaustivité et qualité des informations

L'enregistrement des naissances par l'état civil est considéré comme exhaustif.

De façon générale, les données ayant trait à l'identification des personnes sont les plus fiables mais elles n'ont pas d'intérêt statistique. Celles relatives à la nationalité, à la profession, voire au domicile... ne sont pas utilisées pour mettre à jour les différents fichiers de l'Insee et ne sont donc pas aussi fiables. En cas d'absence de données, un redressement est effectué.

Accessibilité et exploitations statistiques

L'ensemble des statistiques d'état civil est accessible auprès des services de l'Insee qui disposent d'une représentation dans chaque région. Les délais de production des statistiques de naissances se sont considérablement accélérés au cours des dernières années. Les fichiers naissances de l'année N sont maintenant disponibles dans un délai d'environ neuf mois. La direction régionale de l'Insee des Pays de la Loire, qui traite les fichiers d'état civil pour l'ensemble de l'Institut, est en même temps référente pour le traitement de ces données au plan national.

De nombreuses données sont disponibles gracieusement en ligne sur le site de l'Insee [5].

L'Insee met également à disposition son bilan démographique annuel [6] qui est accompagné de fichiers détaillés sur les statistiques de naissances et de décès.

Des exploitations « à la demande », mais payantes, peuvent également être effectuées par la direction régionale de Nantes.

Par exemple, le croisement lieu de domicile/lieu d'accouchement est particulièrement précieux pour analyser l'attractivité des maternités. Les dénombrements des mort-nés font l'objet de traitements spécifiques.

Avis de décès (B7 bis)

Source et circuit d'information

Après réception du certificat médical de décès renseigné par le médecin qui a constaté le décès, la mairie remplit un avis de décès (7bis). Celui-ci est ensuite transmis à l'Insee, pour effectuer notamment la mise à jour du Répertoire national d'identification des personnes physiques (RNIPP) et du Répertoire national interrégimes des bénéficiaires de l'assurance maladie (RNIAM), utilisé par les organismes de protection sociale.

Le traitement des avis de décès permet également de constituer des fichiers pour la production de données statistiques.

Contenu des informations

Le bulletin 7 bis comprend les informations suivantes :

- identité et renseignements relatifs au défunt (nom, prénom, nationalité, domicile, situation professionnelle, état matrimonial),
- renseignements relatifs au décès ; lieu du décès (domicile, établissement de santé ...).

Exhaustivité et qualité des informations

Le dénombrement des décès est considéré comme exhaustif.

De façon générale, les données ayant trait à l'identification des personnes sont les plus fiables mais ces données n'ont pas d'intérêt statistique. Celles relatives à la nationalité, à la profession, voire au domicile... ne sont pas utilisées pour mettre à jour les différents fichiers de l'Insee et ne sont donc pas aussi fiables. En cas d'absence de données, un redressement est effectué.

Accessibilité et exploitations statistiques

Les statistiques de décès sont accessibles, comme les statistiques de naissances auprès des services de l'Insee. Les fichiers mortalité de l'année N sont maintenant disponibles dans un délai d'environ douze mois.

Les statistiques de décès des enfants de moins d'un an, par nombre de jours vécus, sont utilisées pour produire de nombreux indicateurs de périnatalité, qui permettent des comparaisons au plan international, et à l'intérieur des régions :

- mortinatalité (enfants mort-nés pour 1 000 naissances totales dans l'année),
- mortalité néonatale (décès de moins de 28 jours pour 1 000 naissances vivantes),
- mortalité néonatale précoce (décès d'enfants de moins de 7 jours pour 1 000 naissances vivantes),
- mortalité périnatale (enfants mort-nés et décès de moins de 7 jours pour 1 000 naissances totales),
- mortalité infantile (décès d'enfants de moins d'un an pour 1 000 naissances vivantes),
- mortalité foeto-infantile (mortalité infantile et mortinatalité).

Avis de naissance

Source et circuit d'information

Les officiers de l'état civil adressent, sur support écrit, un extrait d'acte de naissance au médecin responsable du service de PMI du département dans lequel résident les parents, dans les quarante-huit heures de la déclaration de naissance.

Article 11 du décret n° 62-921 du 3 août 1962 modifiant certaines règles relatives aux actes de l'état civil. Code de la santé publique : Article R.2112-21.

Contenu des informations

Chaque avis contient les informations suivantes :

- identité de l'enfant, du père, et de la mère,
- nombre d'enfants nés sans vie,
- date de naissance du dernier enfant.

Accessibilité et exploitations statistiques

Les avis de naissance sont adressés aux services de PMI dans chaque département pour organiser la prévention et la visite postnatale au domicile des mères et des nouveau-nés dans le premier mois de vie.

12 - Certificats de décès

Source et circuit d'information

Lors d'un décès, le médecin remplit les deux parties du certificat de décès mis à disposition par la mairie et occulte la partie médicale (partie inférieure), puis retourne ce bulletin à la mairie.

La mairie rédige alors deux documents :

- l'avis de décès (B7bis), qui comporte l'identité de la personne décédée et les données d'état civil,
- le bulletin de décès (B7), qui contient les mêmes informations statistiques que le bulletin B7bis mais qui est anonyme.

La mairie envoie ensuite le bulletin 7 accompagné du certificat de décès à la Ddass (dans un but de surveillance épidémiologique) du département où a eu lieu le décès, qui le transmet ensuite à l'Inserm. L'Inserm procède alors à la codification des informations (et notamment de la cause médicale du décès), pour produire les « statistiques de causes médicales de décès ». Ce double circuit vise à garantir la confidentialité de la cause de décès, qui n'est ainsi pas connue des services de l'Insee.

Pour les décès ayant lieu au cours de la période néonatale (avant le 28^e jour de vie), un bulletin 7 spécifique, obligatoire depuis le 1^{er} avril 1997, est renseigné par le médecin qui constate le décès. Il contient des informations un peu plus précises sur les circonstances de la naissance et fait l'objet des mêmes traitements que les bulletins traditionnels.

La mairie adresse également au médecin de PMI une copie de l'acte de décès des enfants âgés de moins de six ans dont les parents résident dans le département.

Contenu des informations

Le bulletin de décès (B7) comprend les mêmes informations (anonymes) que l'avis de décès (B7bis) :

- renseignements relatifs au défunt,
- renseignements relatifs au décès ; lieu du décès (domicile, établissement de santé ...).

Par ailleurs, sont renseignés par le médecin qui constate le décès :

- la cause immédiate du décès (complication ou nature de l'évolution terminale qui a entraîné la mort),
- la cause initiale (complication ou nature de l'enchaînement qui a conduit au décès),
- les causes complémentaires (ayant pu contribuer au décès).

Exhaustivité et qualité des informations

Le dénombrement des décès est considéré comme exhaustif.

Les différentes informations contenues dans le bulletin sont codifiées de manière centralisée par l'Inserm à l'aide de la Classification internationale des maladies, dixième révision (CIM10). 500 000 décès sont dénombrés environ chaque année en France (dont 3 000 d'enfants de moins d'un an) et 30 000 dans les Pays de la Loire (dont 160 décès d'enfants de moins d'un an).

Les statistiques issues des certificats médicaux de décès figurent parmi les principaux indicateurs en matière de connaissance épidémiologique et permettent des comparaisons aussi bien à l'intérieur du territoire national qu'au plan international.

Des travaux sont régulièrement menés pour évaluer la qualité de remplissage des informations médicales de ces bulletins. La situation est en effet variable selon les médecins qui renseignent le bulletin, sachant qu'aucune sensibilisation n'est effectuée sur ces problèmes auprès des étudiants en médecine à l'université.

Environ, la moitié des décès (tous âges confondus) ont lieu dans les établissements de santé. L'Inserm se prépare à mettre en œuvre progressivement la télétransmission des certificats aussi bien en établissement qu'à domicile.

Accessibilité et exploitations statistiques

Le traitement de ces données est effectué par le Service des causes médicales de décès - CépiDC de l'Inserm -, après rapprochement des fichiers codifiés de l'Inserm et des fichiers de l'Insee.

Un certain nombre de données statistiques détaillées sont accessibles sur le site du CépiDC [7].

Dans les Pays de la Loire, l'ORS dispose chaque année d'une copie (payante) du fichier des 30 000 décès de l'année, mais l'ORS n'est pas autorisé à rediffuser ces données. Il peut toutefois effectuer à la demande des traitements statistiques.

Ce fichier permet notamment de produire certains indicateurs intégrés dans le tableau de bord périnatalité :

- causes médicales des décès d'enfants de moins d'un an,
- mortalité maternelle.

13 - Certificats de santé

Le carnet de santé

Le support d'information à la base des certificats de santé est le carnet de santé de l'enfant [8]. L'objectif principal de ce document est de colliger les comptes rendus des visites, des consultations et des vaccinations réalisées par les professionnels de santé. Ce carnet qui est, en général, délivré à la maternité, contient également un certain nombre d'informations et de recommandations sur le développement de l'enfant au cours des premières années de vie.

C'est un outil de référence à une période de la vie où les recours aux soins sont fréquents, y compris en milieu hospitalier. Le taux de recours aux urgences est de 50 % pour les enfants de moins d'un an, et le taux d'hospitalisation en service de courte durée est également de 50 %. On dénombre ainsi pour 100 nouveau-nés, 50 passages aux urgences et une cinquantaine également d'hospitalisations (un même enfant pouvant être hospitalisé plusieurs fois). Les taux de mortalité au cours de la première année de vie sont équivalents à ceux des personnes âgées de 50 à 60 ans (environ 4 pour 1 000 en 2005).

L'impression du carnet de santé est financée par les Conseils généraux, qui sont responsables des services de Protection maternelle et infantile (PMI). Son contenu, arrêté au plan national, a été sensiblement modifié depuis le 1^{er} janvier 2006.

Trois certificats de santé

Les trois certificats de santé insérés dans le carnet de santé sont renseignés par le médecin qui examine l'enfant dans les huit jours suivant la naissance (premier certificat), au cours du 9^e mois (deuxième certificat), et au cours du 24^e mois (troisième certificat).

Les examens de suivi, comme le remplissage du certificat lui-même, ont un caractère obligatoire, mais le versement des prestations familiales n'est plus subordonné au caractère effectif de ces examens. Les médecins qui renseignent ces certificats reçoivent une indemnisation de l'assurance maladie.

Ces certificats ont une double vocation :

- organiser le suivi individualisé des enfants vulnérables par les services de Protection maternelle et infantile (PMI),
- rassembler un certain nombre de données épidémiologiques sur les circonstances de la naissance et sur le développement des enfants au cours des deux premières années de vie.

Depuis la loi du 9 août 2004, le contenu et les modalités des remontées d'information des certificats de santé vers la Drees ont été modifiés.

Arrêté du 26 décembre 2005 pris en application de l'article L.2132-3 du code de la santé publique et relatif à la transmission par les services publics départementaux de protection maternelle et infantile d'informations issues des certificats de santé établis en application de l'article R2132-2 du même code au ministre chargé de la santé.

Premier certificat de santé [8]

Source et circuit d'information

Les conditions de remplissage peuvent être variables selon les départements mais, le plus souvent, le premier certificat de santé est renseigné par un pédiatre pendant le séjour à la maternité. Il est ensuite transmis par la maternité au service de PMI du département où a eu lieu l'accouchement. Dans certains départements, la collecte des bulletins est effectuée directement par un professionnel de la PMI qui se déplace à la maternité. Pour les naissances concernant des enfants qui ne sont pas domiciliés dans le département, le service de PMI adresse alors le certificat de santé à la PMI du département de domicile des parents.

Contenu des informations

Le premier certificat contient les informations suivantes :

- enfant (identité, domicile),
- famille (identité et caractéristiques sociodémographiques de la mère, profession et activité professionnelle de la mère et du père),
- lieu (cabinet médical, PMI, consultation hospitalière) et auteur de l'examen (omnipraticien, pédiatre, autre spécialiste), surveillance médicale particulière,
- partie médicale concernant la femme (antécédents, grossesse, accouchement),
- partie médicale concernant l'enfant (problèmes de santé à la naissance, pathologie de la première semaine, anomalies congénitales, autres informations).

Exhaustivité et qualité des informations

L'exhaustivité du recueil est variable selon les départements.

	Nombre de naissances 2005	Nombre de certificats de santé	Taux de retour
Loire-Atlantique	16 301	9 739*	60 %
Maine-et-Loire	10 148	9 040	89 %
Mayenne	3 981		
Sarthe	6 770	6 688	99 %
Vendée*	7 299	-	95,4 %
Pays de la Loire	44 499		

Source : services de Protection maternelle et infantile des conseils généraux

* 2006

Comme on peut le constater, la situation est variable selon les départements, avec un taux de retour qui varie de 60 % en Loire-Atlantique à près de 100 % en Sarthe. Cependant, de nombreux certificats retournés à la PMI sont renseignés de manière incomplète.

Accessibilité et exploitations statistiques

Des traitements statistiques sont effectués dans les départements par la PMI. En Loire-Atlantique, ce traitement s'effectue par sondage (1 500 certificats par an).

Deuxième certificat de santé [8]

Source et circuit d'information

Le deuxième certificat de santé est renseigné au moment de l'examen médical du 9^e mois de l'enfant, pris en charge à 100 % par l'assurance maladie.

Contenu des informations

Ce certificat contient les informations suivantes :

- enfant (identité, domicile),
- famille (identité et caractéristiques sociodémographiques de la mère, profession et activité professionnelle de la mère et du père),
- lieu (cabinet médical, PMI, consultation hospitalière) et auteur de l'examen (omnipraticien, pédiatre, autre spécialiste), surveillance médicale particulière,
- partie médicale concernant l'enfant (vaccinations, antécédents, affections actuelles, développement psychomoteur, mesures, risque de saturnisme),
- partie médicale concernant la mère (allaitement).

Exhaustivité et qualité des informations

L'exhaustivité du recueil est variable selon les départements.

	Nombre de naissances 2004	Nombre de certificats de santé 2005	Taux de retour 2005
Loire-Atlantique	15 988	7 818*	49 %
Maine-et-Loire	10 085	5 875	58 %
Mayenne	3 932		
Sarthe	6 935	5 974	86 %
Vendée*	7 062		93,4 %
Pays de la Loire	44 002		

Source : services de Protection maternelle et infantile des conseils généraux
* 2006

Les taux de retour sont inférieurs pour le deuxième certificat en comparaison avec le premier, l'essentiel des bulletins étant renseignés par les médecins libéraux. Le taux de retour varie de 49 % en Loire-Atlantique à 86 % en Sarthe. La qualité des informations semble, selon les professionnels de la PMI, encore plus dégradée que pour le premier certificat.

Troisième certificat de santé [8]

Source et circuit d'information

Le troisième certificat de santé est renseigné à l'occasion de l'examen du 24^e mois de l'enfant, pris en charge à 100 % par l'assurance maladie.

Contenu des informations

Ce certificat contient les informations suivantes :

- enfant (identité, domicile),
- famille (identité et caractéristiques sociodémographiques de la mère, profession et activité professionnelle de la mère et du père),
- lieu (cabinet médical, PMI, consultation hospitalière) et auteur de l'examen (omnipraticien, pédiatre, autre spécialiste), surveillance médicale particulière,

- partie médicale concernant l'enfant (vaccinations, antécédents, affections actuelles, développement psychomoteur, mesures, risque de saturnisme),
- partie médicale concernant la mère (allaitement).

Exhaustivité et qualité des informations

L'exhaustivité du recueil est variable selon les départements.

	Nombre de naissances 2003	Nombre de certificats de santé	Taux de retour 2005
Loire-Atlantique	15 795	6 972*	46 %
Maine-et-Loire	10 018	5 419	54 %
Mayenne	3 846		
Sarthe	6 871	5 423	79 %
Vendée*	6 874		93,7 %
Pays de la Loire	43 404		

Source : services de Protection maternelle et infantile des Conseils généraux

* 2006

Les taux de retour sont encore inférieurs à ceux observés pour le deuxième certificat. Ainsi, les taux de retour diminuent au fur et à mesure du développement de l'enfant.

14 - Déclaration de grossesse [9]

Source et circuit d'information

Le remplissage de la déclaration de grossesse s'effectue lors de la première consultation prénatale, suivant en général la première échographie. Cet examen doit être effectué avant la fin de la quatorzième semaine suivant la date présumée de début de grossesse. Le médecin remet à cette occasion le formulaire de premier examen médical prénatal qui fait office de déclaration de grossesse.

Deux volets « papier » sont renseignés. Le premier est envoyé à la Caisse d'assurance maladie maternité (Cpam, MSA, section locale interministérielle...) et le deuxième à la Caisse d'allocations familiales (Caf, MSA...) par la future parturiente. Ce double envoi lui permet, d'une part, de bénéficier d'une prise en charge à 100 % pour les soins en lien avec sa grossesse et sa future maternité (assurance maternité) et d'autre part, de percevoir les allocations familiales prévues.

Enregistrement par les caisses d'allocations familiales

La Caisse d'allocations familiales (Caf ou MSA) a l'obligation d'envoyer une copie de la déclaration de grossesse (document autocopiant) au service de PMI du département où est domiciliée la bénéficiaire.

Article L.2122-4 du code de la santé publique : Les organismes et services chargés du versement des prestations familiales sont tenus de transmettre sous huitaine au médecin responsable du service départemental de protection maternelle et infantile du département l'attestation de passation de premier examen médical prénatal de leurs allocataires. La transmission de cette information se fait dans le respect du secret professionnel.

Contenu des informations

Si les futurs parents ne sont pas encore connus de la Caf, il leur est demandé des renseignements sur leur état civil, leur situation familiale, leur situation professionnelle, ainsi qu'une déclaration de ressources (la prime à la naissance versée au 7^e mois étant soumise à conditions). Par la suite sont également enregistrées la date de fin de grossesse, la nature de la fin de grossesse, la date de naissance de l'enfant et la date de son décès le cas échéant.

Les Caisses d'allocations familiales (Caf et MSA) disposent des informations suivantes :

- date d'arrivée du certificat à la caisse
- date présumée de début de grossesse,
- nombre d'enfants conçus,
- date de naissance de l'enfant,
- nombre de grossesses multiples,
- durée de la grossesse,
- âge des parents, leur situation professionnelle,
- présence d'un autre enfant au foyer.

Exhaustivité et qualité des informations

Le recensement des grossesses peut être considéré comme quasi exhaustif. Les grossesses non déclarées, même si elles sont faibles en nombre, représentent des situations de grande vulnérabilité sociale et médicale.

Selon l'enquête périnatale 2003 [10], 4 % des femmes interrogées ont effectué leur déclaration de grossesse au plan national au cours du 2^e trimestre de la grossesse et 1 % au 3^e trimestre. Moins de 0,5 % n'ont pas effectué cette déclaration. On ne dispose d'aucun indicateur de ce type au plan régional.

Les prestations familiales sont délivrées principalement par deux types d'organismes de sécurité sociale :

- les Caf, pour les assurés du régime général et du Régime social des indépendants (RSI). Depuis le 1^{er} janvier 2006, les fonctionnaires d'Etat sont également rattachés aux Caf pour le versement de leurs prestations familiales,
- la Mutualité sociale agricole (MSA).

Il existe également des situations particulières propres à quelques régimes spéciaux.

Accessibilité et exploitations statistiques

Les Caf et les caisses de MSA (regroupées au sein de l'association régionale des MSA-AROMSA) effectuent des traitements à la demande à partir de leurs fichiers.

En ce qui concerne l'utilisation externe de ces données, pour des raisons de secret statistique, aucune donnée inférieure à cinq allocataires n'est communiquée. Leur diffusion n'est possible que dans le cadre d'une convention, qui doit s'accompagner d'une note explicative sur l'utilisation qui en est faite, précisant tous les éléments utiles à leur analyse (législation, définitions, champ, méthodologie, qualité...). Pour une exploitation régionale

de ces données, il est nécessaire d'établir une convention avec les six Caf de la région.

Dans les Pays de la Loire, les services de la direction régionale de l'Insee disposent chaque année d'une copie des fichiers de la Caf (mais pas de ceux de la MSA) ce qui leur permet d'effectuer certains traitements.

De manière générale, les exploitations statistiques ayant fait l'objet de publications sont cependant relativement rares.

Le repérage des grossesses dans les fichiers Caf permet des croisements avec les informations concernant les ressources des allocataires.

Par ailleurs, les déclarations tardives sont parfois considérées comme un indicateur de précarité sociale, mais cette opinion fait débat, le retard à la déclaration pouvant aussi être imputé à une liste d'attente pour consulter un gynécologue. Dans l'enquête périnatale 2003, la part des femmes qui ont déclaré tardivement leur grossesse est quatre fois plus élevée chez celles qui vivent seules que chez celles qui vivent en couple. 8,5 % des femmes au chômage ou inactives ont déclaré leur grossesse avec « retard » contre 2,5 % des femmes ayant un emploi.

La base de données de la Caf contient les informations relatives à la dernière grossesse d'une allocataire. Dès qu'une nouvelle grossesse est enregistrée pour une même femme, l'enregistrement de la précédente est éliminé.

Enregistrement des déclarations de grossesse par les caisses d'assurance maladie

Les Caisses d'allocations familiales ne sont pas les seuls organismes de protection sociale qui dénombrent les grossesses dans la région, ces informations étant également enregistrées par les caisses d'assurance maladie. A partir des fichiers de l'assurance maladie, il est également possible d'identifier les femmes enceintes et bénéficiaires de la CMU, et d'approcher ainsi la notion de précarité (mais sans disposer d'indicateurs de revenus à la différence des fichiers des Caf).

Par ailleurs, les CPAM versent des prestations supplémentaires dans le cadre de leur Fonds d'action sanitaire et sociale dans un certain nombre de situations particulières. Les caisses d'assurance maladie ont également connaissance des soins dispensés dans le cadre du régime maternité, ainsi que des arrêts de travail.

15 - Programme de médicalisation des systèmes d'information (PMSI)

Source et circuit d'information

Le PMSI est un système d'information médico-économique qui a été mis en place en France il y a plus de vingt ans. Les établissements de santé publics ou privés sont tenus de renseigner un certain nombre d'informations standardisées lors de chaque séjour dans une unité de soins de court séjour (médecine, chirurgie, obstétrique). Le PMSI court séjour est généralisé à l'ensemble des établissements de santé publics et privés depuis une dizaine d'années environ.

Le PMSI est notamment utilisé pour la facturation des séjours hospitaliers à l'assurance maladie, chaque séjour étant classé dans un « Groupe homogène de séjours GHM » (600 groupes environ ont été définis), jugé homogène sur le plan statistique vis-à-vis de la nature de l'affection traitée et des ressources mobilisées, et affecté d'un tarif qui détermine les recettes correspondantes pour l'hôpital.

Pendant de nombreuses années (et aujourd'hui encore), l'utilisation du PMSI à des fins épidémiologiques a fait débat, dans la mesure où ce système a été conçu essentiellement à visée économique. Les travaux récents publiés par l'Institut de veille sanitaire (InVS) sur ces données semblent montrer que certaines réticences ont maintenant été levées.

A ce titre, les données statistiques issues du PMSI peuvent être utilisées pour analyser les informations recueillies :

- pour des hospitalisations pendant la grossesse,
- au moment de l'accouchement (un bulletin est renseigné pour la mère et pour le nouveau-né),
- pour les séjours post-partum,
- pour les séjours des nouveau-nés après la naissance.

Dans le PMSI, le repérage des accouchements et des naissances n'est toutefois pas direct et nécessite de croiser plusieurs informations.

Contenu des informations

Les résumés de séjours du PMSI contiennent les informations suivantes :

- caractéristiques de la personne hospitalisée (âge, sexe, code postal de domicile),
- caractéristiques du séjour (durée de séjour, mode d'entrée, mode de sortie...),
- diagnostics d'hospitalisation,
- actes pratiqués pendant le séjour,
- poids de naissance des nouveau-nés.

L'âge gestationnel n'est pas recensé dans le PMSI de même que les conditions de l'accouchement (anesthésies...).

Exhaustivité et qualité des informations

Le recensement des séjours hospitaliers peut être considéré, pour les années récentes, comme exhaustif.

Accessibilité et exploitations statistiques

Les données renseignées dans les établissements de santé sont ensuite transmises à l'Agence technique de l'information sur l'hospitalisation (ATIH). Une fois l'ensemble des données des établissements collectées, les bases sont ensuite régionalisées et transmises aux Agences régionales de l'hospitalisation (ARH) qui les mettent à disposition des utilisateurs selon un cahier des charges strict, en fonction des règles édictées par la Cnil.

L'ORS réalise depuis deux ans une exploitation statistique de ces fichiers à destination du Réseau sécurité naissance, de manière à disposer d'un certain nombre d'indicateurs standardisés, communs à tous les établissements, sur les conditions d'accouchements et sur l'hospitalisation des nouveau-nés.

Il est également possible d'interroger l'ARH, la Drass ou directement les médecins des Départements d'information médicale (DIM) des établissements de santé pour accéder à ces données.

16 - Assurance maladie - maternité

Source et circuit d'information

Les différents actes de soins pratiqués durant la grossesse, pendant et après l'accouchement et qui font l'objet d'un remboursement par l'assurance maladie sont enregistrés par les caisses d'assurance maladie - maternité des différents régimes :

- actes de soins, par type de professionnels,
- actes de laboratoires,
- actes d'imagerie,
- séances de préparation à l'accouchement,
- hospitalisations,
- prescriptions.

Ces données peuvent faire l'objet de traitements statistiques.

Contenu des informations

Les informations enregistrées dans les fichiers de l'assurance maladie comprennent des données d'identification (âge, sexe, domicile), la date de l'acte, la cotation... La nature des informations collectées est variable selon le type de soins remboursé.

Exhaustivité et qualité des informations

Cette source d'information recense uniquement les soins qui font l'objet d'un remboursement par l'assurance maladie dans le cadre du risque maternité, c'est-à-dire ceux qui sont délivrés en secteur libéral. Ainsi, les soins délivrés en secteur hospitalier (consultations externes en particulier) ne sont pas comptabilisés.

Par ailleurs, pour connaître les recours aux soins des habitants d'un territoire donné, il est nécessaire d'interroger les bases des différents régimes (régime général, régime agricole, régime social des indépendants, régimes spéciaux).

Il faut également noter **qu'à partir du 6^e mois, tous les soins de la mère, qu'ils soient liés à la grossesse ou non, sont enregistrés dans la même base.** Il n'est alors plus possible de distinguer, parmi ces remboursements, ceux qui sont effectués en lien direct avec la grossesse, et les autres.

Accessibilité et exploitations statistiques

L'Union régionale des caisses d'assurance maladie (URCAM) coordonne dans la région le traitement de ces données pour les trois principaux régimes d'assurance maladie (régime général, régime agricole, régime social des indépendants).

Par ailleurs, le SNIIR-AM est maintenant opérationnel. Ce nouveau système, mis à jour quasi en temps réel (les données fin 2006 sont disponibles) rassemble les données de remboursement des différents régimes d'assurance maladie, y compris ceux des régimes spéciaux. Les données statistiques issues de cette base seront accessibles auprès de l'Urcam, des caisses d'assurance maladie, des ARH, des services de l'Etat, des URML...

17 - Réseau « Sécurité Naissance - Naître ensemble » des Pays de la Loire [11]

Par sa position centrale d'interface auprès des différents professionnels de santé ayant en charge les problèmes de périnatalité, le Réseau « Sécurité Naissance - Naître ensemble » des Pays de la Loire a mis en place un certain nombre de recueils spécifiques, principalement destinés à répondre à ses besoins d'information internes.

Déclarations annuelles des maternités des Pays de la Loire

Les maternités de la région adressent chaque année au réseau, au mois de janvier de l'année N+1, des indicateurs d'activité concernant l'année N.

- césariennes,
- déclenchements,
- épisiotomies,
- anesthésies, âges gestationnels, transferts...
- indicateurs de ressources sur le personnel.

Déclarations annuelles des Centres pluridisciplinaires de diagnostic prénatal (CPDPN)

Chaque médecin - et chaque couple - qui demande des examens ou une interruption médicale de grossesse (IMG) suite à un problème de malformation ou de viabilité est tenu de s'adresser à un centre pluri disciplinaire de diagnostic pré natal. Dans les Pays de la Loire, ceux-ci sont installés aux CHU de Nantes, d'Angers et au centre hospitalier du Mans.

Ces trois centres adressent tous les ans au réseau un rapport d'activité conçu de manière standardisée, qui permet de connaître le nombre d'avis délivrés pour des interruptions médicales de grossesse, et leurs causes. En revanche, par cette enquête, on ne connaît pas la suite qui est donnée à ces avis.

Le dénombrement des interruptions médicales de grossesse peut également être effectué à partir :

- de la statistique annuelle des établissements (SAE),
- des données du PMSI,
- des bulletins d'interruption volontaire de grossesse pour motif médical envoyés par les établissements de santé à la Drass.

Déclarations annuelles des services de néonatalogie

Les services de néonatalogie de la région adressent chaque année au réseau un rapport d'activité. La statistique annuelle des établissements (SAE) recense 174 places de néonatalogie qui ont accueilli près de 5 300 enfants en 2004.

Réseau « Grandir ensemble »

Le réseau « Grandir ensemble » organise le suivi des enfants prématurés ou de ceux qui ont présenté des pathologies graves à la naissance, dans le cadre d'un réseau de personnes ayant reçu une formation adaptée. Des examens systématiques sont réalisés à certains âges-clés, jusqu'à cinq ans.

L'inclusion dans l'étude s'effectue avec l'accord des parents et avec la participation de professionnels de santé volontaires (pédiatres hospitaliers ou libéraux, ou de PMI...). 900 inclusions sont effectuées par an, soit 2 % des naissances.

Chapitre II - Les outils de partage de l'information

Dans les Pays de la Loire, les deux principales publications périodiques mises à disposition des professionnels de la région en matière de périnatalité sont :

- le tableau de bord périnatalité, réalisé conjointement par l'ORS et le réseau,
- les annales du réseau.

21 - Le tableau de bord périnatalité [12]

Le tableau de bord périnatalité rassemble des séries de données relatives aux naissances, aux accouchements et à la mortalité maternelle et infantile dans les cinq départements des Pays de la Loire et en France, accompagnées de commentaires succincts. Il est réalisé par l'ORS en collaboration avec le Réseau Sécurité Naissance - Naître ensemble des Pays de la Loire.

La réalisation du tableau de bord est financée par la Direction régionale des affaires sanitaires et sociales (DRASS) et le Conseil régional des Pays de la Loire.

Une première version de ce tableau de bord a été réalisée en 1997. L'édition 2006 a été profondément modifiée aussi bien dans son contenu que dans sa présentation.

Trois sources de données sont utilisées :

- l'état civil,
- les statistiques de causes médicales de décès (INSERM),
- la statistique annuelle des établissements de santé (SAE).

La première partie, consacrée aux naissances et aux accouchements, comprend des séries de données depuis 1980 ; naissances vivantes domiciliées, taux de fécondité, groupe d'âge de la mère, rang de naissance, circonstances de l'accouchement.

La seconde est consacrée à la mortalité autour de la naissance. Elle traite de la mortalité maternelle et présente les différents indicateurs de mortalité infantile et de mortinatalité.

L'édition 2006, imprimée à 1 600 exemplaires, a été largement diffusée auprès des professionnels de la région. Elle peut également être téléchargée sur le site www.santepaysdelaloire.com. Des mises à jour régulières du document sont effectuées au fur et à mesure de la parution des données. Une nouvelle impression est programmée tous les trois ans.

Il est prévu d'ajouter régulièrement de nouveaux indicateurs en fonction des besoins régionaux, et notamment ceux concernant les ressources sanitaires (dénombrement des médecins généralistes, des pédiatres, des sages-femmes...). Aucune restitution des résultats n'est effectuée à l'heure actuelle auprès des professionnels de santé de la région.

22 - Les Annales du Réseau « Sécurité Naissance - Naître ensemble » des Pays de la Loire [11]

L'ensemble des données statistiques dont dispose le réseau est rassemblé dans un document de synthèse « les Annales du Réseau », qui est mis à jour, au fil de l'eau. Ce document est en ligne sur le site internet du réseau, mais ne fait pas l'objet d'une diffusion papier.

- indicateurs PERISTAT
- ressources et activités
- mortalités
- interruption médicale de grossesse
- activité des maternités
- dépistages néonataux
- grandir ensemble
- évènements indésirables liés aux soins
- fonctionnement du réseau
- usagers.

23 - En département

En 2006, aucun document concernant la situation périnatale n'était diffusé, de manière périodique, dans les départements de la région, en direction des professionnels de santé qui renseignent les différents bulletins d'information.

Plusieurs départements envisagent cependant de réaliser ce type de bulletins (Sarthe, Vendée).

Chapitre III - L'évaluation des politiques publiques

Les systèmes d'information en périnatalité doivent permettre de produire les indicateurs statistiques nécessaires à l'évaluation des politiques publiques, au plan national, comme au plan régional.

Dans ce rapport, sont présentés les indicateurs de santé publique concernant la périnatalité :

- de la loi relative à la politique de santé publique du 9 août 2004,
- du projet européen PERISTAT,
- en région (PRSP, SROS, réseau sécurité naissance).

31 - Les indicateurs au plan national et européen

Les objectifs de la loi de santé publique

La loi relative à la politique de santé publique du 9 août 2004 a défini, pour un ensemble de problèmes de santé (pathologies ou déterminants de la santé), des objectifs quantifiés de santé, susceptibles d'être atteints dans la population, dans des groupes spécifiques, à une échéance de cinq ans, donc d'ici 2009. Ces objectifs sont jugés accessibles, compte tenu des connaissances et des moyens disponibles.

Ces objectifs concernent plus particulièrement :

- la santé maternelle et périnatale,
- les affections d'origine anténatale.

Santé maternelle et périnatale

N°	Objectifs de la loi de santé publique	Commentaires
44	Réduire la mortalité maternelle au niveau de la moyenne européenne des pays de l'Union européenne ; passer d'un taux annuel estimé entre 9 et 13 pour 100 000 à un taux de 5 pour 100 000 en 2008	
45	Réduire la mortalité périnatale de 15 % (soit 5,5 pour 1 000 au lieu de 6,5) en 2008	Des changements sont intervenus en 2001 sur l'âge gestationnel pris en compte pour déclarer un nouveau-né à l'état civil. Ce changement modifie profondément l'épidémiologie de la mortalité périnatale. Dans les Pays de la Loire, le nombre de mort-nés est ainsi passé de 188 en 2001 à 356 en 2005
46	Grossesses extra-utérines ; - diminuer le taux des complications des grossesses extra-utérines responsables d'infertilité. - Mesurer la fréquence des complications responsables d'infertilité	
47	Santé périnatale : réduire la fréquence des situations périnatales à l'origine de handicaps à long terme. Repérage et mesure de la fréquence des situations périnatales à l'origine de handicaps à long terme	

Affections d'origine anténatale

N°	Objectifs de la loi de santé publique	Commentaires
88	Réduire et améliorer la mortalité et améliorer la qualité de vie des personnes atteintes de drépanocytose	
89	Améliorer l'accès à un dépistage et à un diagnostic anténatal respectueux des personnes	

PERISTAT [13]

PERISTAT est un projet européen, rattaché au programme d'action communautaire de surveillance de la santé de l'Union européenne, qui a pour objectif d'assurer le développement d'une série d'indicateurs standardisés pour la surveillance de la santé périnatale en Europe.

Ces indicateurs sont regroupés en quatre catégories :

- la santé périnatale,
- la santé maternelle,
- les caractéristiques de population ou facteurs de risque,
- les systèmes de soins.

Voir en annexe les indicateurs PERISTAT disponibles en France.

32 - Les indicateurs au plan régional**Le Plan régional de santé publique (PRSP) [2]**

Le Plan régional de santé publique (PRSP) a retenu, pour la thématique « Bien naître », trois priorités régionales :

- développer la prévention maternelle et infantile,
- mieux vivre pour l'enfant et son entourage,
- aider les aidants, la famille et les professionnels du secteur.

Ces orientations ont été déclinées en six fiches-actions opérationnelles :

1. prévention des conduites addictives au cours de la grossesse et prise en charge des femmes et des nouveau-nés,
2. formation à la prévention des pratiques addictives dans la période périnatale,
3. mise en œuvre d'un suivi des femmes enceintes en situation de précarité,
4. amélioration de la prévention du saturnisme infantile, le dépistage et la prise en charge des enfants intoxiqués,
5. formation des personnels de maternité et la petite enfance à l'allaitement maternel
6. amélioration de la prise en charge de la douleur chez l'enfant.

Le PRSP privilégie donc des actions concernant le suivi de la grossesse, et en particulier en direction de populations qui n'accèdent pas pendant leur grossesse au suivi dont bénéficie la majorité des femmes, ou qui ont besoin d'une aide particulière au moment de la naissance.

Les situations de handicap

En ce qui concerne plus particulièrement les situations de handicap ou certains problèmes de santé spécifiques au moment de la naissance qui peuvent retarder le développement de l'enfant, ceux-ci font désormais l'objet d'un suivi

spécifique dans le cadre du réseau « grandir ensemble », rattaché au Réseau sécurité naissance.

Le suivi médico-social des nouveau-nés relève quant à lui des services de Protection maternelle et infantile (PMI) des Conseils généraux. Lorsqu'ils reçoivent les certificats de santé, ces services organisent, selon des critères propres à chacun des services, le suivi de certaines familles considérées « à risque ». Il serait donc souhaitable, dans le cadre du PRSP, de disposer d'indicateurs sur les suivis effectués par les services de PMI.

Le schéma d'organisation sanitaire (SROS) [14]

Le dernier Schéma régional de l'organisation sanitaire (SROS) a été arrêté dans les Pays de la Loire le 24 mars 2006. Ce document d'orientation comporte un volet périnatalité.

Le SROS s'intéresse de manière prioritaire au développement de l'offre de soins et à la complémentarité des prises en charge proposées par les 26 maternités de la région. Dans le SROS, l'accent est mis sur les besoins de recrutement pour ces activités, dans le contexte difficile de la démographie médicale.

Une des priorités établies par le SROS est de promouvoir « une prise en charge optimale des grossesses et de lutter contre les écarts de santé entre groupes sociaux ».

Une commission périnatalité se réunit à l'ARH pour évaluer la réalisation des objectifs du SROS.

Les objectifs de connaissance du Réseau sécurité naissance - Naître ensemble

La commission « évaluation » du réseau a arrêté un certain nombre d'orientations en matière de suivi d'indicateurs.

Mise en place de nouveaux indicateurs

- certificat d'issue de grossesse, à partir de la déclaration de grossesse, permettant de connaître les morts fœtales in utero, les interruptions médicales de grossesse et les décès à la naissance. Dans le cadre du Réseau sécurité naissance, un observatoire régional de santé périnatale pourrait être mis en place avec un budget spécifique sur la base de 10 €/enfant par an,
- mise en place d'un comité de revue « mortalité-morbidité » depuis 5 ans, avec réunion annuelle dans le cadre du Staff inter-maternité. Projet de déclaration des évènements indésirables liés aux soins en étendant le champ d'études à tous les décès ou pathologies graves des mères et des nouveau-nés,
- mesure de la satisfaction des usagers, selon plusieurs méthodes possibles : enquête « une semaine donnée » sur l'ensemble des 25 maternités, échantillon de maternités ou échantillon de parents,
- audits de pratiques : protocole Streptocoque B, corticothérapie prénatale, durée de l'allaitement maternel, prévention des hémorragies de la délivrance. Seul ce dernier volet est opérationnel pour le moment (une visite d'audit sur site par mois, soit sur 2 ans en tout).

Amélioration des recueils existants

- suivi des prématurés dans le cadre de la commission « grandir ensemble »,
- données de mortalité domiciliées par l'Insee en lien avec l'Observatoire régional de la santé des Pays de la Loire,
- données de morbidité et de pratiques par le PMSI en lien avec les médecins DIM des 25 maternités,
- indicateurs de ressources et d'activités des maternités et des services de néonatalogie des maternités,
- activités des centres pluridisciplinaires de diagnostic anténatal en lien avec les Drass,
- analyse des enfants inscrits à la CDES avec une origine périnatale des déficiences (tous les trois ans).

Chapitre IV - Les axes de développement de l'observation

Le Plan régional de santé publique (PRSP) [2] a fixé six priorités afin de favoriser le développement de l'observation dans le champ sanitaire et social :

1. développer la concertation et la synergie entre les différents opérateurs,
2. pérenniser les outils d'observation structurants,
3. développer de nouveaux outils d'observation,
4. améliorer la qualité des données recueillies,
5. animer le débat autour des données d'observation,
6. développer la recherche sur les méthodes d'observation de la santé.

A l'issue des deux premières réunions de travail, les membres du groupe ont réfléchi collectivement pour identifier les « points forts » et les « points faibles » de la situation régionale par rapport aux besoins d'information tels qu'ils ont pu être identifiés :

- besoins d'information peu ou mal couverts,
- systèmes d'information inadaptés,
- problèmes concernant l'accessibilité, l'exhaustivité, la qualité des informations recueillies...

Ces six axes de développement ont été déclinés pour la thématique « bien naître » en s'appuyant sur les réflexions menées au sein du groupe de travail. Dans un souci de simplification, les axes 4 et 5 ont été regroupés au sein de la même thématique « améliorer la qualité des données recueillies et animer le débat autour des données d'observation », tant ces deux préoccupations semblaient proches.

41 - Développer la concertation et la synergie entre les différents opérateurs

Plusieurs instances ont été créées au plan régional autour des problèmes de périnatalité :

- la commission régionale de la naissance (CRN), sous l'égide de la Drass,
- la commission périnatalité constituée par l'Agence régionale de l'hospitalisation (ARH) à l'occasion de l'élaboration du Schéma régional de l'organisation sanitaire (SROS),
- le Réseau « Sécurité Naissance - Naître ensemble » des Pays de la Loire qui rassemble les maternités et les professionnels de santé ayant en charge les problèmes de périnatalité.

Ces trois instances de concertation n'ont pas en charge de manière spécifique l'observation, mais toutes ont recours aux données statistiques pour leurs besoins d'expertise. Comme nous l'avons indiqué plus haut, le Réseau « Sécurité Naissance - Naître ensemble » des Pays de la Loire dispose d'une commission spécifique en charge de l'évaluation.

En revanche, aucune instance départementale n'existe dans ce domaine.

Organiser une concertation permanente sur les outils d'observation

Les réunions de la plate-forme ont permis de faciliter les échanges entre les différents opérateurs et institutions. La question a été posée par les participants d'organiser une concertation permanente autour des questions d'observation.

Cette concertation pourrait être organisée au sein des instances de concertation déjà existantes ou bien directement sous l'autorité du GRSP, qui est chargé de conduire le Plan régional de santé publique (PRSP).

Cette concertation devrait notamment permettre l'élaboration d'un programme d'enquêtes et d'études statistiques annuel, autour des thèmes du « Bien naître ».

42 - Pérenniser les outils existants

Les premières réunions de la plate-forme ont été l'occasion pour de nombreux participants de découvrir la richesse des informations disponibles « avant, pendant et après l'accouchement », même si certaines thématiques sont encore peu explorées.

Par ailleurs, l'accessibilité aux données de santé s'est considérablement améliorée, aussi bien en terme de délais de traitement que de conditions d'accès aux informations :

- les statistiques d'état civil sont maintenant accessibles dans des délais brefs, de nombreuses informations étant immédiatement consultables sur Internet,
- l'ARH des Pays de la Loire met à disposition, avec les contraintes liées à l'utilisation de ces données (CNIL), les fichiers du PMSI, et l'on dispose pour ce système d'information de séries statistiques depuis l'année 2002,
- la mise en place du SNIIRAM, maintenant opérationnel, va permettre aux organismes d'assurance maladie de la région, aux services de l'Etat, à l'ARH, et à l'URML d'avoir accès quasiment en temps réel aux données statistiques interrégimes de l'assurance maladie.

La pérennité de ces différents outils n'est donc pas en cause.

43 - Développer de nouveaux outils d'observation

Les outils existants permettent de répondre très largement aux besoins d'observation dans la région, pour la thématique « Bien naître ».

On dispose en particulier de nombreux indicateurs concernant les conditions de l'accouchement. Par ailleurs, des recueils de données spécifiques ont été mis en place par le Réseau sécurité naissance, en complément de ces outils.

Restent cependant des domaines peu ou mal couverts.

Surveillance de la grossesse

Alors que le système d'information autour de la naissance est très développé, il n'en est pas de même pour le suivi des grossesses. Or, la qualité de prise en charge en maternité dépend étroitement du suivi qui a été effectué dans les mois qui précèdent l'accouchement.

L'évolution de la démographie médicale, qui rentre actuellement dans une période de repli, au moins dans certains territoires ou dans certaines spécialités, nécessite de s'interroger sur les conditions actuelles et à venir de ce suivi.

Par ailleurs, le suivi des femmes en situation de précarité fait partie des priorités du PRSP.

Dans la mesure où la surveillance de la grossesse dépend de nombreux professionnels de santé différents, chaque femme étant en général suivie par plusieurs professionnels au cours de sa grossesse (déclaration de grossesse, examens prénataux, échographies, préparations de l'accouchement...), et aussi bien en secteur libéral qu'en milieu hospitalier, il est plus complexe d'effectuer l'analyse de ce suivi. On ne dispose pas, en effet, des mêmes données selon que la personne est suivie en hôpital public ou en secteur libéral (les consultations externes à l'hôpital ne sont pas enregistrées dans les bases de l'assurance maladie).

Connaître la perception des usagers, mais aussi celle des professionnels

On ne dispose pas d'indicateurs sur l'opinion des usagers concernant leur accueil au sein des maternités de la région. Des questionnaires de satisfaction sont bien renseignés dans les établissements mais aucune étude indépendante globale sur l'opinion des parturientes n'est disponible.

De la même façon, face à une demande de soins accrue et à une réorganisation des activités de soins importante dans plusieurs centres urbains, il pourrait être bénéfique pour l'organisation de la prise en charge de connaître l'opinion des professionnels sur ces changements. Ce point semble primordial dans le contexte de baisse de la démographie médicale qui commence à produire ses effets. Une étude est programmée dans ce sens en 2007 au sein du Réseau « Sécurité Naissance - Naître ensemble ».

44 - Améliorer la qualité des données recueillies, et animer le débat autour des données d'observation

L'amélioration de la qualité des données recueillies est une des priorités du PRSP. Tous les systèmes d'information doivent prendre en compte ce type de difficultés, sachant que la qualité d'un système d'information est fortement liée à l'utilisation effective des données qui en sont extraites.

Améliorer la qualité des données recueillies

L'inventaire réalisé par le groupe de travail a permis de faire le point sur l'intérêt, mais aussi les limites de chacun, des systèmes existants.

De manière générale, les systèmes tels que l'état civil ou le PMSI sont considérés comme exhaustifs, même si la qualité des informations disponibles est variable. Ainsi, l'enregistrement de la profession des parents dans les statistiques d'état civil ou des diagnostics dans le PMSI n'offre pas les mêmes garanties de « qualité » que des données plus administratives.

En revanche, le traitement des certificats de santé de l'enfant est rendu difficile, voire impossible dans certains départements, à cause d'un recensement incomplet ou en l'absence de données dans les certificats adressés à la PMI. Ces problèmes ont été identifiés depuis longtemps au plan national, mais pour le moment, aucune réponse satisfaisante n'y a été apportée. Aucune mention de ces difficultés n'est faite dans le rapport de l'Inspection générale des affaires sociales (IGAS) sur la Protection maternelle et infantile (PMI) [15].

Le premier certificat de santé

Le premier certificat de santé est rempli en maternité, avec, selon les départements, de trois à dix points de collecte différents (non compris les accouchements ayant lieu à l'extérieur du département). Il semble donc possible d'envisager, de manière bilatérale entre le service de PMI et les établissements de santé concernés, une solution qui permette d'extraire directement des systèmes d'information hospitaliers la plus grande partie des informations du certificat. Cette solution aurait l'avantage de diminuer le temps de remplissage des bulletins pour les personnels hospitaliers, de supprimer le travail de ressaisie pour les Conseils généraux, et d'accélérer les possibilités de traitement de ces données.

Dans la mesure où toutes les informations du certificat ne sont pas présentes dans les dossiers médicaux, la montée en charge du système pourrait se faire de manière progressive, au fur et à mesure de la constitution du dossier obstétrical commun envisagé dans la région.

Les deuxièmes et troisièmes certificats de santé

Les problèmes rencontrés pour l'utilisation des deuxièmes et troisièmes certificats n'appellent pas les mêmes types de réponses, ces bulletins étant renseignés par les médecins qui assurent le suivi de l'enfant, en médecine libérale, en PMI, voire en milieu hospitalier.

Des changements sont intervenus puisque, dorénavant, les médecins libéraux sont indemnisés lorsqu'ils renseignent ces bulletins.

Deux suppléments de rémunération de cinq euros (qui ne peuvent se cumuler) ont été introduits par l'assurance maladie dans le cas d'examens approfondis de l'enfant au cours des deux premières années de vie :

- la majoration du nourrisson (MNO), applicable à chaque consultation d'un enfant âgé de moins de deux ans lorsque cet examen comporte un interrogatoire, un examen complet, un entretien de conclusions avec la conduite à tenir, les prescriptions préventives ou thérapeutiques ou d'examens complémentaires et donne lieu à la mise à jour du « **carnet de santé** »,
- le forfait pédiatrique enfant (FPE), pour les consultations effectuées lors des examens obligatoires du 8^e jour, du 9^e mois et du 24^e mois, lorsque ces examens comportent un interrogatoire, un examen complet, un entretien de conclusions avec la conduite à tenir, les prescriptions préventives ou thérapeutiques ou d'examens complémentaires et donnent lieu à l'établissement des **certificats de santé**, et à la mise à jour du « **carnet de santé** ».

Les difficultés actuelles nécessiteraient sans doute des échanges bilatéraux entre les services de PMI des conseils généraux et les représentants des médecins libéraux (Union régionale des médecins libéraux). La réflexion pourrait également s'engager directement sous l'égide du Groupement régional de santé publique (GRSP), puisque certains Conseils généraux (mais pas tous) et l'Union y sont représentés.

A cette occasion, une exploitation statistique des fichiers de l'assurance maladie serait nécessaire pour connaître le nombre de MNO et de FPE remboursés. Si toutes les naissances étaient suivies à travers ces deux certificats, la somme globale avoisinerait les 440 000 euros.

Systématiser le retour d'information vers les professionnels qui les recueillent

De manière générale, les professionnels de santé n'ont que peu de retour par rapport au volume des informations qu'ils renseignent. C'est le cas en particulier des déclarations de maladies obligatoires (MDO), des certificats de causes médicales de décès, des certificats de santé...

Pour les MDO, l'InVS a engagé une réflexion au plan régional pour améliorer la situation dans le domaine.

En ce qui concerne plus particulièrement les maternités de la région, il n'existe pas de document public sur l'activité des maternités, même si le Réseau rassemble dans un document très complet l'ensemble des données existantes dans la région au sein des « annales du réseau », en ligne sur internet.

Animer le débat autour des données d'observation

Plus généralement, les réunions de travail de la plate-forme ont fait apparaître un décalage important entre le volume d'informations aujourd'hui disponibles et le peu d'analyses partagées entre les différentes institutions qui participent à l'observation dans la région.

En conclusion, l'organisation actuelle doit être améliorée en matière :

- de retour d'information aux professionnels et à la population,
- de partage d'expertise entre les opérateurs de l'observation,
- de qualité des informations recueillies pour ce qui concerne les certificats de santé de l'enfant.

45 - Développer la recherche sur les méthodes d'observation

A côté des besoins d'information immédiatement repérés, des travaux expérimentaux pourraient également être engagés, par exemple en matière de prévision d'activité des maternités et d'évaluation des besoins de santé.

Concevoir des outils de pilotage en matière d'accouchements

Etant donné le développement démographique rapide de certains territoires (Loire-Atlantique et Vendée en particulier), les maternités doivent faire face, parfois avec difficulté, à une croissance de la demande de soins. Il serait donc nécessaire de concevoir des outils de pilotage qui permettent de programmer l'évolution des flux dans les maternités, soit à partir des modèles de projection démographique, soit par l'analyse des déclarations de grossesse (projections à très court terme).

Evaluer les besoins de santé, avant et après la naissance, à partir de l'analyse comparative des recours aux soins hospitaliers

Le PMSI constitue aujourd'hui une source de données irremplaçable pour décrire les recours aux soins hospitaliers. Or, cette source d'information n'a pas seulement des « vertus » descriptives puisqu'elle commence à être utilisée pour analyser les besoins de santé par territoire (méthode EBS - évaluation des besoins de santé).

Cette méthode permet, à partir d'une analyse comparative des recours aux soins hospitaliers par diagnostics d'hospitalisation, d'approcher les besoins de santé d'un territoire ou d'un groupe d'âge. On peut ainsi connaître pour une zone géographique, si les recours aux soins sont plus fréquents ou non, en comparaison avec d'autres territoires. Des hospitalisations plus fréquentes pendant la grossesse peuvent ainsi permettre de repérer des problèmes spécifiques à un territoire. Mais cette méthode garde pour le moment un caractère expérimental.

PROPOSITIONS

Suite à cet inventaire, le groupe de travail s'est réuni pour élaborer un certain nombre de propositions d'amélioration du système d'observation sociale et sanitaire de la thématique « bien naître ».

Les propositions retenues comme prioritaires par le groupe de travail ont ensuite été finalisées par la DRASS (service « études et statistiques ») et par l'ORS.

14 propositions concrètes ont ainsi été élaborées, selon trois axes de développement :

- **simplification administrative (Axe I),**
- **amélioration de la connaissance** concernant le suivi de la grossesse, son issue, et le développement de l'enfant (**Axe II**),
- **organisation du retour d'information**, au plan départemental et régional, en direction des décideurs, des professionnels de la santé et de la population (**Axe III**).

Les cinq premières propositions (Axe I) visent à simplifier les échanges d'information entre les assurés sociaux, les caisses de sécurité sociale (allocations familiales et assurance maladie), les Conseils généraux et l'Insee. Mais ces dispositions ne peuvent être mises en œuvre à la seule initiative de la région des Pays de la Loire, à cause de leurs conséquences pratiques en terme d'évolutions réglementaires, d'autorisation de la Cnil et d'adaptations des systèmes d'information de ces différents organismes. La région des Pays de la Loire pourrait toutefois être un terrain d'expérimentation privilégié, étant donné l'intérêt suscité par ces propositions au sein de certains départements de la région.

Ces 15 propositions, validées par le groupe de travail de la plate-forme, seront soumises au Groupement régional de santé publique (GRSP) à l'automne 2007. Le Groupement décidera à cette occasion de ses modalités de mise en œuvre.

AXE I Simplifications administratives

S1 - Simplifier les modalités de transmission des DECLARATIONS DE GROSSESSE entre les assurés sociaux, les caisses de sécurité sociale, et les conseils généraux

Une déclaration de grossesse est adressée dans les quatorze premières semaines de la grossesse, par la personne concernée, à la caisse d'allocations familiales (document autocopiant en double exemplaire) et à la caisse d'assurance maladie. Pour les assurés du régime agricole, ces deux formulaires parviennent à la même caisse, dans la mesure où la Mutualité sociale agricole (MSA) gère à la fois le risque maladie-maternité et les prestations familiales de ses assurés. Les caisses d'allocations familiales (Caf et MSA) adressent ensuite aux conseils généraux un des deux volets reçus, données qui sont ensuite ressaisies sur support informatique. Ces documents font donc l'objet d'une triple saisie par les caisses d'allocations familiales, les caisses d'assurance maladie et les conseils généraux.

PROPOSITION 1

Suppression de l'envoi en double par les assurés sociaux en direction des CAF et des CPAM

Adressage par les assurés sociaux de leur déclaration de grossesse en un seul exemplaire aux caisses de sécurité sociale (caisse d'assurance maladie ou caisse d'allocations familiales), les caisses organisant entre elles le transfert automatique des données.

PROPOSITION 2

Télétransmission des déclarations de grossesse

Mise en œuvre de la télétransmission des déclarations de grossesse entre le médecin qui renseigne le formulaire et l'assurance maladie, à l'instar des échanges électroniques effectués à l'aide de la carte vitale.

PROPOSITION 3

Simplification des transferts de données concernant les déclarations de grossesse entre les caisses d'allocations familiales (CAF-MSA) et les conseils généraux

Organisation du transfert automatique des déclarations de grossesse enregistrées par les caisses de sécurité sociale vers les conseils généraux.

S2 - Améliorer les modalités de transmission des AVIS DE NAISSANCE entre les services d'état civil et les conseils généraux

Les avis de naissances sont adressés au rythme de survenue de ces événements, sur support papier, par les mairies aux Conseils généraux. Les services de PMI procèdent ensuite à une saisie de ces informations. Parallèlement, les bulletins de naissances (plus complets que les avis de naissances), renseignés en mairie, sont adressés par le service d'état civil à l'Insee dans un délai de 24 H maximum après l'enregistrement de la naissance.

PROPOSITION 4

Simplification du circuit concernant les avis/bulletins de naissances

Instauration d'un nouveau circuit d'informations entre les mairies et les conseils généraux, via l'Insee, pour les déclarations de naissances.

S3 - Extraire le premier CERTIFICAT DE SANTE de l'enfant des dossiers informatisés des établissements de santé

Le premier certificat de santé de l'enfant, recueilli dans les maternités de façon manuelle, est souvent renseigné de manière incomplète.

Dans certains départements de la région, les services de PMI ne reçoivent pas ces certificats de manière exhaustive.

Par ailleurs, une partie des informations de ce certificat sont renseignées dans les dossiers obstétricaux des maternités, en cours d'harmonisation dans la région.

PROPOSITION 5

Harmonisation du dossier obstétrical des maternités

Faire de l'harmonisation des dossiers médicaux des maternités une priorité de santé publique, dans la région comme au plan national.

PROPOSITION 6

Simplification des transferts de données concernant les certificats de santé

Extraction automatique du premier certificat de santé à partir du dossier standardisé des maternités. Dans un premier temps, cette extraction pourrait concerner les informations standard issues du PMSI.

AXE II

Amélioration de la connaissance concernant le suivi de la grossesse, son issue, et le développement de l'enfant

G1 - Améliorer la connaissance en matière de surveillance de la grossesse en développant notamment l'analyse statistique des déclarations de grossesses

Les systèmes d'information de santé se sont beaucoup développés en matière de périnatalité, principalement en ce qui concerne l'accouchement. En revanche, en matière de surveillance de la grossesse, on dispose essentiellement de résultats d'enquêtes nationales.

Les déclarations de grossesses et les données de remboursement de l'assurance maladie sont des sources administratives qui peuvent contribuer à une meilleure connaissance du suivi de la grossesse. Or, ces différentes sources d'information font pour le moment l'objet de rares exploitations statistiques.

PROPOSITION 7

Développement de l'observation concernant la surveillance de la grossesse

Constitution au plan régional d'un groupe de travail, copiloté par le réseau « Sécurité Naissance - Naître ensemble » et l'ORS, chargé d'élaborer et de mettre en œuvre un programme d'exploitation des déclarations de grossesse, et plus généralement d'analyse des conditions de surveillance de la grossesse.

G2 - Améliorer l'utilisation du 2^e et du 3^e certificat de santé

Les certificats de santé constituent une source d'information précieuse en matière de suivi de santé du nouveau-né. Les médecins libéraux ont l'obligation de renseigner ces certificats au 9^e mois et au 24^e mois de l'enfant, et bénéficient d'une indemnisation dans ce but. Mais la mauvaise qualité des remontées d'information, à la fois en terme d'exhaustivité et de contenu des informations, empêche toute exploitation statistique de ces données.

PROPOSITION 8

Coopération médecins libéraux - PMI - assurance maladie pour développer l'utilisation des certificats de santé

Expérimentation à l'initiative d'un département de la région d'une coopération entre le service de PMI, les représentants des médecins libéraux, et l'assurance maladie (indemnisation des médecins) pour un meilleur remplissage et pour le développement de l'utilisation des certificats de santé de l'enfant.

AXE III

Organisation du retour d'information, au plan départemental et régional, en direction des professionnels de la santé et de la population

R1 - Organiser le retour d'information, au plan régional et départemental

L'ORS élabore chaque année au plan régional le tableau de bord périnatalité, qui fait l'objet d'une mise à jour annuelle sur internet et d'une diffusion imprimée tous les trois ans.

Le réseau « Sécurité Naissance - Naître ensemble » fournit également, au plan régional, un certain nombre de données statistiques qui sont rassemblées dans les « annales du réseau », mises à jour au fil de l'eau.

De nombreuses informations concernant les naissances et l'accouchement peuvent être extraites des bases de données du PMSI, administrées par l'ARH.

Aucun retour d'information n'est organisé, dans les départements, auprès des professionnels de santé qui alimentent les différents recueils d'information (causes médicales de décès, certificats de santé, PMSI dans les établissements de santé...).

PROPOSITION 9

Faciliter et coordonner l'utilisation des données issues du PMSI

Signature, à l'initiative de l'ARH, d'une convention annuelle d'utilisation et d'analyse des données de périnatalité extraites du PMSI entre l'ARH, la Drass, le réseau « Sécurité Naissance - Naître ensemble », l'association régionale des médecins Dim (Arimpl), l'ORS et chacun des Conseils généraux de la région.

Cette convention a vocation à déterminer :

- les critères d'inclusion qui déterminent les enregistrements du PMSI à prendre en compte,
- les règles d'accès à ces bases (limites d'utilisation...),
- les analyses envisagées dans l'année à venir,
- l'organisation de la réponse aux demandes d'informations de partenaires extérieurs.

PROPOSITION 10

Faciliter et coordonner l'utilisation des données démographiques

Signature, à l'initiative de l'Insee d'une convention annuelle d'utilisation et d'analyse des fichiers d'état civil (naissances et décès domiciliés), avec la Drass, l'ORS, le réseau « Sécurité Naissance - Naître ensemble », l'Urcam et chacun des conseils généraux de la région.

Cette convention a vocation à déterminer :

- le contenu et les modalités pratiques de mise à disposition de ces données,
- les règles d'utilisation de ces bases (limites d'utilisation...),
- les analyses envisagées dans l'année qui suit.

PROPOSITION 11**Tableau de bord périnatalité départemental**

Réalisation par l'Observatoire régional de la santé (ORS), en plus du tableau de bord régional, d'un tableau de bord périnatalité mis à jour annuellement, pour chacun des départements de la région.

PROPOSITION 12**Bilan annuel d'activité des maternités du réseau « Sécurité Naissance - Naître ensemble »**

Réalisation par le réseau d'un bilan d'activité des maternités de la région, régional et départemental, mis à jour annuellement.

PROPOSITION 13**Retour d'information aux professionnels dans chaque département**

Organisation par chacun des services de PMI de la région du retour d'information aux professionnels de santé du département, dans le cadre de programmes de périnatalité départementaux à développer. (voir proposition P8)

R2 - Partager l'expertise sur les données de santé

Aujourd'hui, les systèmes d'information de santé se sont beaucoup développés et l'on dispose d'une masse d'informations statistiques qui éclairent les évolutions autour de la naissance. Mais le partage d'information entre les différentes institutions qui analysent ces données est insuffisant.

PROPOSITION 14**Organisation par le réseau « Sécurité Naissance - Naître ensemble » d'un séminaire régional et d'une conférence de périnatalité**

Organisation chaque année en septembre par le Réseau sécurité naissance d'un **séminaire régional** permettant de confronter l'expertise des différents opérateurs concernés, sur les données épidémiologiques en périnatalité de l'année précédente. Ces travaux sont rendus publics, et une **conférence de périnatalité** est organisée tous les deux ans à l'initiative du réseau, pour faire connaître les travaux régionaux en matière d'observation périnatale.

R3 - Organiser la veille statistique concernant les études et les sources d'information disponibles dans la région

Les réunions de la plate-forme ont montré qu'un nombre important d'organismes était des utilisateurs potentiels des différentes sources d'information statistiques en matière de périnatalité. Mais ces sources sont multiples et il est difficile d'être au courant de la disponibilité de ces données.

PROPOSITION 15**Veille statistique sur les études et la disponibilité des données**

La lettre de diffusion de l'ORS, accessible sur le site www.santepaysdelaloire.com :

- assure une veille régionale des études en périnatalité,
- fait état de la disponibilité des sources statistiques : causes médicales de décès des enfants de moins d'un an, statistiques démographiques (natalité, mortalité), données du PMSI, données du réseau, déclarations de grossesse...

ANNEXES

Membres du groupe de travail

M. le Dr Paolo BERCELLI	Dim, CHD La Roche-sur-Yon
Mme Caroline BERGERE	Caf de la Sarthe
Mme Micheline BOIVINEAU	Cons. Gén. Loire-Atlantique, sage-femme
Mme Béatrice BONNAVAL	Urcam
M. le Dr Bernard BRANGER	Réseau sécurité naissance-Naitre ensemble
M. le Dr Gilles BRETON	Centre d'examens de santé-Saint-Nazaire
M. le Dr Pierre CLOITRE	Direction régionale du service médical
Mme Françoise COATMELLEC	Directeur adjoint, Drass
Mme le Dr Juliette DANIEL	Drass
Mme Véronique DEVINEAU	Urcam
Mme le Dr Geneviève FOUSSIER	Cons. Gén. Maine-et-Loire, PMI
Mme le Dr Bénédicte GOHIN-PERIO	Drass
Mme le Dr Claudine GOTTLE	Cons. Gén. Maine-et-Loire, PMI
Mme le Dr Anne HASSANI	Cons. Gén. Sarthe, PMI
M. Olivier JEAN	Drass, service statistiques et études
M. Jacky LELOU	Cons. Gén. Loire-Atlantique, systèmes d'information
Mme le Dr Ghislaine LORIEAU	Cons. Gén. de Vendée, PMI
Mme Viviane MASSINON	Drass, service statistiques et études
Mme Amandine RODRIGUES	Insee
M. le Pr Jean-Christophe ROZE	CHU Nantes
Mme Arlette SERAN	Cram - affaires sanitaires
Mme Florence TERRIEN	Caf Angers
Mme Claire THOMAS	Conseil régional
M. François TUFFREAU	Observatoire régional de la santé
Mme Isabelle VAUTERIN	Caf Cholet
Mme le Dr Danielle VERNET	Cons. Gén. Loire-Atlantique, PMI
Mme Véronique VIGOUROUX	Insee
M. Frédéric VIVIER	Mutualité sociale agricole (AROMSA)

INDICATEURS EUROPEENS PERISTAT

En rouge et en italique, figurent les indicateurs actuellement disponibles en France.

	Essentiels	Recommandés	Recommandés et à développer
Santé périnatale	<ol style="list-style-type: none"> 1. <i>Taux de mortalité</i> 2. <i>Taux de mortalité néonatale</i> 3. <i>Taux de mortalité infantile</i> (selon AG, PN et nombre de fœtus) 4. <i>Distribution des poids de naissance</i> (selon AG, statut vital et nombre de fœtus) 5. Distribution de l'âge gestationnel (selon statut vital et nombre de fœtus) 	<ol style="list-style-type: none"> 1. <i>Prévalence d'anomalies congénitales (trisomie 21, anomalies du tube neural)</i> 2. Distribution du score d'Apgar à 5 mn 	<ol style="list-style-type: none"> 1. <i>Cause de décès périnataux</i> 2. <i>Prévalence des paralysies cérébrales</i> 3. <i>Prévalence des encéphalopathies ischémiques et hypoxiques</i>
Santé maternelle	<ol style="list-style-type: none"> 6. <i>Taux de mortalité maternelle</i> 	<ol style="list-style-type: none"> 3. <i>Taux de mortalité maternelle par causes obstétricales</i> 	<ol style="list-style-type: none"> 4. Prévalence de la morbidité maternelle sévère 5. Prévalence des lésions du périnée 6. Prévalence des incontinences fécales 7. Dépression du post-partum
Population à risques	<ol style="list-style-type: none"> 7. <i>Taux de grossesses multiples</i> 8. <i>Distribution de l'âge maternel</i> 9. Distribution de la parité 	<ol style="list-style-type: none"> 4. Proportion de femmes fumeuses pendant la grossesse 5. Distribution du niveau d'études maternelles 	<ol style="list-style-type: none"> 8. Distribution du pays d'origine de la mère
Système de soins	<ol style="list-style-type: none"> 10. <i>Distribution des naissances selon le mode d'accouchement, la parité, le nombre de fœtus, la présentation, un antécédent de césarienne</i> 	<ol style="list-style-type: none"> 6. Pourcentage de grossesses faisant suite à un traitement de l'infertilité 7. Distribution de l'AG à la première consultation prénatale 8. <i>Distribution des naissances selon le type de début de travail</i> 9. <i>Distribution des lieux de naissance</i> 10. <i>Pourcentage des enfants allaités après la naissance</i> 11. Pourcentage de naissances très prématurées dans un service sans service de réanimation néonatale 	<ol style="list-style-type: none"> 9. Indicateur de soutien maternel 10. Indicateur de satisfaction maternelle 11. Proportion d'accouchements par une sage-femme 12. Proportion d'accouchements sans intervention médicale

Source : Réseau sécurité naissance

FICHES D'INVENTAIRE

SYSTEMES D'INFORMATION

ETAT CIVIL

- bulletin de naissance 43
- bulletin d'enfant sans vie 44
- avis de décès 45
- bulletin de décès et certificat médical de décès 46

ASSURANCE MALADIE-MATERNITE

- bases informationnelles de l'assurance maladie 47

PROTECTION MATERNELLE ET INFANTILE

- premier certificat de santé de l'enfant 48
- deuxième certificat de santé de l'enfant 49
- troisième certificat de santé de l'enfant 50

PROGRAMME DE MEDICALISATION DES SYSTEMES

D'INFORMATION

- séjours hospitaliers liés à la grossesse, accouchement et soins périnataux 51
- séjours hospitaliers des nouveau-nés et enfants de moins d'un an 52

CAISSES D'ALLOCATIONS FAMILIALES

- déclaration de grossesse 53

RESEAU SECURITE NAISSANCE

- déclarations annuelles des maternités 54
- centres pluridisciplinaires de diagnostic prénatal 55
- dépistage biologique néonatal 56
- déclarations annuelles des services de néonatalogie 57
- réseau « grandir ensemble » 58

OUTILS DE PARTAGE DE L'INFORMATION

- Tableau de bord périnatal (Observatoire régional de la santé) 60
- Annales du réseau (Réseau sécurité naissance) 61

F 1

NOM	Bulletin de naissance
Opérateur	INSEE
Fiche renseignée par	Amandine Rodrigues, INSEE, janvier 2007
PRESENTATION GENERALE	
Source d'information	Registre d'état civil de la commune dans laquelle est enregistré l'évènement
Circuit	Bulletin adressé par l'officier d'état civil à l'Insee
Responsable du traitement des données	Insee direction régionale des Pays de la Loire Pôle Répertoires et Fichiers Démographiques (sur le plan national) Division Etat Civil - Fichier Electoral (pour la région des Pays de la Loire)
CONTENU	
Principales informations recueillies	<ul style="list-style-type: none"> - Etat civil de l'enfant - Renseignements relatifs à la filiation (reconnaissance, mariage des parents) - Etat civil des parents - Nationalité des parents - Commune de domicile de la mère - Profession des parents - Autres renseignements (lieu de l'accouchement, naissance multiple, rang de naissance)
Exhaustivité	Exhaustif pour les 5 départements des Pays de la Loire
Qualité des données	Bonne qualité pour l'état civil des parents et de l'enfant ainsi que pour les renseignements relatifs à la filiation. Pour les autres variables, la qualité est variable et est indiquée par des indicateurs de redressement dans le fichier statistique des naissances. La qualité des variables peut être moins bonne sur les années « anciennes ».
Niveau territorial le plus fin	Commune d'enregistrement de la naissance, commune de naissance des parents et de l'enfant, commune de domicile de la mère, département de mariage des parents.
UTILISATION DES DONNEES	
Accessibilité	Auprès de Insee Info Service ou sur le site www.insee.fr
Séries disponibles	Séries annuelles disponibles depuis 1965.
Retour d'information partage des connaissances, animation de débat	

F 2

NOM	Bulletin d'enfant sans vie
Opérateur	INSEE
Fiche renseignée par	Amandine Rodrigues, INSEE, janvier 2007
PRESENTATION GENERALE	
Source d'information	Registre d'état civil de la commune dans laquelle est enregistré l'évènement
Circuit	Bulletin adressé par l'officier d'état civil à l'Insee
Responsable du traitement des données	Insee direction régionale des Pays de la Loire Pôle Répertoires et Fichiers Démographiques (sur le plan national) Division Etat Civil - Fichier Electoral (pour la région des Pays de la Loire)
CONTENU	
Principales informations recueillies	<ul style="list-style-type: none"> - Etat civil de l'enfant - Renseignements relatifs à la filiation (reconnaissance, mariage des parents) - Etat civil des parents. - Nationalité des parents - Commune de domicile de la mère - Profession des parents - Autres renseignements (lieu de l'accouchement, naissance multiple, rang de naissance)
Exhaustivité	Exhaustif pour les 5 départements des Pays de la Loire
Qualité des données	Bonne qualité pour l'état civil des parents et de l'enfant ainsi que pour les renseignements relatifs à la filiation. Pour les autres variables la qualité est variable et est indiquée par des indicateurs de redressement dans le fichier statistique des naissances. La qualité des variables peut être moins bonne sur les années « anciennes ».
Niveau territorial le plus fin	Commune d'enregistrement de la naissance, commune de naissance des parents et de l'enfant, commune de domicile des parents, département de mariage des parents.
UTILISATION DES DONNEES	
Accessibilité	Auprès de Insee Info Service ou sur le site www.insee.fr
Séries disponibles	Séries annuelles disponibles depuis 1975. Il y a une rupture dans la série en 2001 comme suite la circulaire n° 2001-576 du 30 novembre 2001 ayant redéfini la notion d'enfant sans vie.
Retour d'information partage des connaissances, animation de débat	

F 3

NOM	Avis de décès
Opérateur	INSEE
Fiche renseignée par	Amandine Rodrigues, INSEE, janvier 2007
PRESENTATION GENERALE	
Source d'information	Registre d'état civil de la commune dans laquelle est enregistré l'évènement
Circuit	Bulletin adressé par l'officier d'état civil à l'Insee
Responsable du traitement des données	Insee direction régionale des Pays de la Loire Pôle Répertoires et Fichiers Démographiques (sur le plan national) Division état Civil - Fichier électoral (pour la région des Pays de la Loire)
CONTENU	
Principales informations recueillies	<ul style="list-style-type: none"> - Etat civil du défunt - Nationalité du défunt - Commune de domicile du défunt - Profession du défunt - Etat matrimonial du défunt - Type de lieu de décès (logement, hôpital...) - Fourniture du certificat médical
Exhaustivité	Exhaustif pour les 5 départements des Pays de la Loire
Qualité des données	Bonne qualité pour l'état civil du défunt. Pour les autres variables, la qualité est variable et est indiquée par des indicateurs de redressement dans le fichier statistique des naissances. La qualité des variables peut être moins bonne sur les années « anciennes ».
Niveau territorial le plus fin	Commune d'enregistrement du décès, commune de naissance du défunt, commune de domicile du défunt.
UTILISATION DES DONNEES	
Accessibilité	Auprès de Insee Info Service ou sur le site www.insee.fr
Séries disponibles	Séries annuelles disponibles depuis 1968
Retour d'information partage des connaissances, animation de débat	

F 4

NOM	Bulletin de décès + certificat médical confidentiel de décès
Opérateur	Inserm CépiDC
Fiche renseignée par	Amandine Rodrigues, INSEE, janvier 2007
PRESENTATION GENERALE	
Source d'information	Registre d'état civil de la commune dans laquelle est enregistré l'évènement
Circuit	Bulletin adressé par l'officier d'état civil à l'Insee, auquel est agrafé le certificat médical confidentiel de décès rédigé et clos par le médecin.
Responsable du traitement des données	Ddass Inserm (sur le plan national)
CONTENU	
Principales informations recueillies	<ul style="list-style-type: none"> - Etat civil du défunt. - Nationalité du défunt - Commune de domicile du défunt - Profession du défunt - Etat matrimonial du défunt - Type de lieu de décès (logement, hôpital...) - Fourniture du certificat médical - Causes médicales du décès (sur le certificat médical)
Exhaustivité	Exhaustif pour les 5 départements des Pays de la Loire
Qualité des données	Bonne qualité pour l'état civil du défunt et les causes médicales du décès. Pour les autres variables la qualité est variable et est indiquée par des indicateurs de redressement dans le fichier statistique des naissances. La qualité des variables peut être moins bonne sur les années « anciennes ».
Niveau territorial le plus fin	Commune d'enregistrement du décès, commune de naissance du défunt, commune de domicile du défunt.
UTILISATION DES DONNEES	
Accessibilité	Auprès de l'Inserm
Séries disponibles	Séries annuelles disponibles depuis 1968.
Retour d'information partage des connaissances, animation de débat	

F 5

NOM	Bases informationnelles de l'assurance maladie concernant le secteur libéral
Opérateurs	Urcam
Fiche renseignée par	Béatrice BONNAVAL, Urcam, février 2007
PRESENTATION GENERALE	
Source d'information	Remboursements des prestations par les services de l'assurance maladie.
Circuit	Saisie des techniciens des caisses primaires, des caisses de MSA et de la caisse régionale RSI ou télétransmission par les professionnels eux-mêmes.
Responsable du traitement des données	Chaque organisme interroge ses propres bases. L'Urcam dispose d'un accès aux bases régionales anonymisées du régime général. Dans le cadre d'études régionales, l'URCAM centralise les demandes de données.
CONTENU QUALITE...	
Principales informations recueillies	<ul style="list-style-type: none"> • Sur la mère : âge - CMU (oui/non) - salariée (oui/non) - commune de résidence • Date de début de grossesse - date présumée d'accouchement - date d'accouchement • Actes de suivi de la grossesse : <ul style="list-style-type: none"> - examens obligatoires : consultations (facilement identifiable avant le 6^e mois plus difficile après) et examens biologiques - praticien ayant exécuté l'acte. - échographies • Tous les autres soins dispensés pendant la grossesse. • Les prestations après l'accouchement : <ul style="list-style-type: none"> - l'examen postnatal - praticien ayant exécuté l'acte - les examens médicaux obligatoires pour le suivi de l'enfant (sauf ceux réalisés par la PMI) – praticien ayant réalisé l'acte
Exhaustivité	<ul style="list-style-type: none"> • La population couverte correspond à la population affiliée au régime général dans certains cas hors sections locales mutualistes (fonctionnaires), au régime agricole hors GAMEX et au régime social des indépendants, soit au total, environ 98 % de la population régionale. • Seules sont disponibles les prestations remboursées à l'acte donc réalisées dans le secteur libéral (y compris en clinique privée).
Qualité des données	Les données sont issues de la liquidation des prestations.
Niveau territorial le plus fin	Les données sont individualisées. Le plus petit niveau géographique disponible est la commune, le plus grand est la région.
UTILISATION DES DONNEES	
Accessibilité	Interrogation des bases de données à partir de requêtes SQL.
Séries disponibles	Deux années glissantes.
Retour d'information Partage des connaissances, animation de débat	

F 6

NOM	Premier certificat de santé de l'enfant
Opérateur	Conseils généraux
Fiche renseignée par	Dr Anne Hassani, conseil général de la Sarthe, février 2007
PRESENTATION GENERALE	
Source d'information	Organisation différente selon les départements
Circuit	Le CS est ensuite adressé au service de PMI du département de domicile. Les CS font l'objet d'un 1 ^{er} « tri » informatique puis sont communiqués aux médecins et puéricultrices de secteur.
Responsable du traitement des données	Organisation différente selon les départements
CONTENU	
Principales informations recueillies	Informations administratives (famille/enfant) Informations médicales - examen médical - données médicales concernant la mère (antécédents, suivi de grossesse, accouchement), - données médicales concernant l'enfant (à la naissance, première semaine, anomalies congénitales.....)
Exhaustivité	Taux de retour variable selon les départements
Qualité des données	Items renseignés de façon très inégale
Niveau territorial le plus fin	Commune de domicile
UTILISATION DES DONNEES	
Accessibilité	Personnel médical de PMI
Séries disponibles	Etude statistique sur 2005 et 2006
Retour d'information partage des connaissances, animation de débat	- Utilisation individuelle pour organiser les visites à domicile, en fonction des items renseignés - Utilisations statistiques au plan national (DREES notamment), ou local

F 7

NOM	Deuxième certificat de santé de l'enfant
Opérateur	Conseils généraux
Fiche renseignée par	Dr Anne Hassani, conseil général de la Sarthe, février 2007
PRESENTATION GENERALE	
Source d'information	Carnet de santé de l'enfant édité par le Conseil général, remis à la maternité. Le certificat de santé est renseigné lors d'une consultation médicale (médecin libéral, PMI....)
Circuit	Le deuxième certificat de santé est ensuite adressé au service de pmi du département de domicile. Les CS fond l'objet d'un 1 ^{er} « tri » informatique puis sont communiqués aux médecins et puéricultrices de secteur.
Responsable du traitement des données	Organisation propre à chaque département
CONTENU	
Principales informations recueillies	- La famille et l'enfant - Examen médical - Données médicales concernant l'enfant (vaccinations, antécédents, affections actuelles, développement psychomoteur, mesures....)
Exhaustivité	Taux de retour variable selon les départements
Qualité des données	Items renseignés de façon très inégale
Niveau territorial le plus fin	Commune de domicile
UTILISATION DES DONNEES	
Accessibilité	Personnel médical de PMI
Séries disponibles	Situation variable selon les départements
Retour d'information partage des connaissances, animation de débat	Idem Cs8 plus courriers de relance pour vaccinations non effectuées

F 8

NOM	Troisième certificat de santé de l'enfant
Opérateur	Conseils généraux
Fiche renseignée par	Dr Anne Hassani, conseil général de la Sarthe, février 2007
PRESENTATION GENERALE	
Source d'information	Carnet de santé de l'enfant édité par le Conseil général, remis à la maternité Document renseigné lors d'une consultation médicale (médecin libéral, PMI...)
Circuit	Documents adressés au service de PMI du département de domicile. Les CS fond l'objet d'un 1 ^{er} « tri » informatique puis sont communiqués aux médecins et puéricultrices de secteur.
Responsable du traitement des données	Organisation propre à chaque département
CONTENU	
Principales informations recueillies	- La famille et l'enfant - Examen médical - Données médicales concernant l'enfant (vaccinations, antécédents, affections actuelles, développement psychomoteur, mesures, allaitement...)
Exhaustivité	Taux de retour variable selon les départements
Qualité des données	Items renseignés de façon très inégale
Niveau territorial le plus fin	Commune de domicile
UTILISATION DES DONNEES	
Accessibilité	
Séries disponibles	
Retour d'information partage des connaissances, animation de débat	

F 9

NOM	Séjours hospitaliers liés à la grossesse, l'accouchement et aux soins périnataux (PMSI)
Opérateur	Agence régionale de l'hospitalisation (ARH)
Fiche renseignée par	Dr Paolo Bercelli, Dim de la Roche S/Yon, février 2007
PRESENTATION GENERALE	
Source d'information	Programme de médicalisation des systèmes d'information (PMSI). Séjours dans les établissements de santé liés à la grossesse, l'accouchement et la période périnatale.
Circuit	Un résumé de séjour est renseigné par les établissements de santé pour chaque hospitalisation dans une unité de soins de médecine-chirurgie-obstétrique (MCO).
Responsable du traitement des données	Au sein de l'établissement, le médecin DIM. Les fichiers de données sont transférés chaque mois directement par l'établissement à l'Agence technique de l'information sur l'hospitalisation (ATIH), qui centralise les traitements et assure la diffusion des bases.
CONTENU	
Principales informations recueillies	CARACTERISTIQUES DU PATIENT - âge, sexe, code postal CARACTERISTIQUES DU SEJOUR - durée, mode d'entrée, mode de sortie, passage dans des unités de réanimation ou de soins intensifs DIAGNOSTICS - diagnostic principal d'hospitalisation, diagnostics associés (codage CIM10) ACTES MEDICAUX - principaux actes effectués pendant le séjour (codage CCAM) REGROUPEMENTS par catégorie médicale ou médico-économique
	Cette base de données peut être considérée comme quasi « exhaustive » depuis 2002.
Qualité des données	Le dénombrement des accouchements s'effectue par croisement de différentes variables.
Niveau territorial le plus fin	Les données peuvent être analysées par établissement (accouchements ayant eu lieu dans les maternités de la région), ou selon le domicile du patient (code postal).
UTILISATION DES DONNEES	
Accessibilité	Au sein de l'établissement, les demandes doivent être faites auprès du directeur de l'établissement. Au plan régional, la diffusion des bases relève de la responsabilité de l'Agence régionale de l'hospitalisation (ARH). La diffusion des bases nationales dépend de l'ATIH. Les conditions de diffusion de ces bases ont été précisées par la CNIL.
Séries disponibles	
Retour d'information partage des connaissances, animation de débat	

F 10

NOM	Séjours hospitaliers des nouveau-nés, et enfants de moins d'un an
Opérateur	Agence régionale de l'hospitalisation (ARH)
Fiche renseignée par	Dr Paolo Bercelli, Dim de la Roche S/Yon, février 2007
PRESENTATION GENERALE	
Source d'information	Programme de médicalisation des systèmes d'information (PMSI). Séjours dans les établissements de santé des nouveau-nés et au cours de la première année de vie, non compris les mort-nés.
Circuit	Un résumé de séjour est renseigné par les établissements de santé pour chaque hospitalisation dans une unité de soins de médecine-chirurgie-obstétrique (MCO)
Responsable du traitement des données	Au sein de l'établissement, le médecin DIM. Les fichiers de données sont transférés chaque mois directement par l'établissement à l'Agence technique de l'information sur l'hospitalisation (ATIH), qui centralise les traitements et assure la diffusion des bases.
CONTENU	
Principales informations recueillies	CARACTERISTIQUES DU PATIENT - âge, sexe, code postal, poids à la naissance CARACTERISTIQUES DU SEJOUR - durée, mode d'entrée, mode de sortie, passage dans des unités de réanimation ou de soins intensifs DIAGNOSTICS - diagnostic principal d'hospitalisation, diagnostics associés (codage CIM10) ACTES MEDICAUX - principaux actes effectués pendant le séjour (codage CCAM) REGROUPEMENTS par catégorie médicale ou médico-économique
Exhaustivité	Cette base de données peut être considérée comme quasi « exhaustive ».
Qualité des données	Le dénombrement des nouveau-nés s'effectue par croisement de différentes variables.
Niveau territorial le plus fin	Les données peuvent être analysées par établissement, ou selon le domicile du patient (code postal).
UTILISATION DES DONNEES	
Accessibilité	Au sein de l'établissement, les demandes doivent être faites auprès du directeur de l'établissement. Au plan régional, la diffusion des bases relève de la responsabilité de l'Agence régionale de l'hospitalisation (ARH). La diffusion des bases nationales dépend de l'ATIH. Les conditions de diffusion de ces bases ont été précisées par la CNIL.
Séries disponibles	Données régionales : depuis 2002
Retour d'information partage des connaissances, animation de débat	

F 11

NOM	Déclaration de grossesse
Opérateur	Caisses d'allocations familiales (Caf-MSA)
Fiché renseignée par	Caroline BERGERE, Caf de la Sarthe, 18 Janvier 2007
PRESENTATION GENERALE	
Source d'information	Premier examen médical prénatal renseigné par le médecin, le gynécologue ou la sage-femme et remis à la future mère
Circuit	Document envoyé par la future mère : - à la Caf (2 volets : un pour la CAF, un pour la PMI), - à la CPAM pour enregistrer la grossesse et ouvrir les droits afférents à cette situation
Responsable du traitement des données	Caf pour l'aspect prestations familiales CPAM pour les soins
CONTENU QUALITE...	
Principales informations recueillies	<ul style="list-style-type: none"> - Etat civil des parents - Adresse - Situation professionnelle - Date présumée du début de la grossesse - Date d'arrivée de ce document à la Caf - Nombre d'enfants conçus (les grossesses multiples ne sont cependant pas toujours indiquées sur ce document)
Exhaustivité	Système déclaratif mais le versement des prestations est conditionné par la production de ce document, d'où un taux de retour élevé.
Qualité des données	Données fiables
Niveau territorial le plus fin	Données disponibles au niveau de la commune
UTILISATION DES DONNEES	
Accessibilité	Auprès des six Caf de la Région
Séries disponibles	Seule la dernière grossesse de chaque allocataire est conservée dans nos bases de données (problème pour l'historique qui sera forcément incomplet et inexact).
Retour d'information Partage des connaissances, animation de débat	Ces données peuvent éventuellement être croisées avec d'autres variables présentes dans nos bases de données telles que les ressources, l'isolement, la présence d'autres enfants au foyer, la perception du RMI ou de l'API...

F 12

NOM	Déclarations annuelles des 24 maternités des Pays de la Loire
Opérateur	Réseau Sécurité Naissance - Naitre ensemble
Fiché renseignée par	Dr Bernard Branger, Réseau Sécurité Naissance - Naitre ensemble, février 2007
PRESENTATION GENERALE	Données concernant les ressources et activités annuelles des maternités
Source d'information	Déclarations annuelles des maternités (chefs de service et cadres sages-femmes)
Circuit	- Demande du RSN (médecin coordinateur) en janvier de l'année N pour l'année N-1 - Retour avant Mars de l'année N pour l'année N-1
Responsable du traitement des données	Médecin coordinateur du Réseau Sécurité Naissance - Naitre ensemble des Pays de la Loire
CONTENU QUALITE...	Données agrégées par maternités - indicateurs d'activités : naissances, sièges, décès maternels et néonataux, amniocentèses, IMG, déclenchements, anesthésies, transferts, allaitement maternel... - indicateurs de ressources - déclaratif (en l'absence de dossiers communs)
Principales informations recueillies	Indicateurs suivants (résumé) : naissances enregistrées, naissances multiples, mortalités enregistrées, césariennes, épisiotomies, déclenchements, anesthésies, âges gestationnels, transferts, allaitement maternel, nombre de personnels, ratios par 100 naissances
Exhaustivité	- 24 maternités sur 24 - Données manquantes dans certaines maternités : âge gestationnel par exemple
Qualité des données	Bonne
Niveau territorial le plus fin	Résultats par maternité.
UTILISATION DES DONNEES	
Accessibilité	- Réseau Sécurité Naissance - Naitre ensemble des Pays de la Loire - Site Internet du Réseau : données par niveau de maternité
Séries disponibles	- 2004, 2005 - 2006 en cours
Retour d'information Partage des connaissances, animation de débat	- Comparaison des maternités à niveau de soins comparable - Retour d'information auprès des professionnels - Suivi annuel pour l'évolution des indicateurs

F 13

NOM	Déclarations annuelles des Centres Pluridisciplinaires de Diagnostic Prénatal (CPDPN)
Opérateur	Réseau Sécurité Naissance - Naître ensemble
Fiché renseigné par	Dr Bernard Branger, Réseau Sécurité Naissance - Naître ensemble, février 2007
PRESENTATION GENERALE	Données concernant les activités annuelles des CPDPN en lien avec les 24 maternités des Pays de la Loire
Source d'information	Déclarations annuelles des CPDPN (chefs de service et cadres sages-femmes) du CHU de Nantes, du CHU d'Angers et du CH Le Mans
Circuit	- Demande du RSN (médecin coordinateur) en janvier de l'année N pour l'année N-1 - Retour avant Mars de l'année N pour l'année N-1
Responsable du traitement des données	Médecin coordinateur du Réseau Sécurité Naissance - Naître ensemble des Pays de la Loire
CONTENU QUALITE...	- Avis et soins dispensés dans les CPDPN - Déclaratif
Principales informations recueillies	- Indicateurs d'activités : nombre d'avis réalisés, nombre d'IMG proposées et faites (dans le CPDPN et hors Centre), causes des IMG (classification hiérarchique), nombre d'amniocentèses, résultats des amniocentèses
Exhaustivité	- 3 CPDPN sur 3 - IMG proposées - Avis : recueil à préciser
Qualité des données	Bonne
Niveau territorial le plus fin	Région
UTILISATION DES DONNEES	
Accessibilité	- Réseau Sécurité Naissance - Naître ensemble des Pays de la Loire - Site Internet du Réseau : données par niveau de maternité
Séries disponibles	- 2005 - 2006 en cours
Retour d'information Partage des connaissances, animation de débat	- Comparaison des centres selon leur attractivité ; répartition des indications d'IMG - Retour d'information auprès des professionnels - Suivi annuel pour l'évolution des indicateurs

F 14

NOM	Dépistages biologiques néonataux
Opérateur	Réseau Sécurité Naissance - Naitre ensemble
Fiché renseignée par	Dr Bernard Branger, Réseau Sécurité Naissance - Naitre ensemble, février 2007
PRESENTATION GENERALE	Données concernant les dépistages biologiques auprès des nouveau-nés : hypothyroïdie, phényl-cétonurie, hyperplasie surrénale, mucoviscidose, drépanocytose
Source d'information	Déclarations annuelles de deux centres (statut associatif) : ANDEMEGEN au CHU de Nantes pour la Vendée et la Loire-Atlantique, ARPMH au CHU d'Angers pour la Mayenne, la Sarthe et le Maine-et-Loire
Circuit	- Demande du RSN (médecin coordinateur) en janvier de l'année N pour l'année N-1 - Retour avant Mars de l'année N pour l'année N-1
Responsable du traitement des données	Médecin coordinateur du Réseau Sécurité Naissance - Naitre ensemble des Pays de la Loire
CONTENU QUALITE...	- Nombre de prélèvements sanguins faits - Nombre de tests positifs
Principales informations recueillies	- Nombre de prélèvements sanguins faits ; comparaison avec le nombre de naissances enregistrées - Nombre de tests positifs
Exhaustivité	A confronter avec les naissances enregistrées
Qualité des données	Bonne
Niveau territorial	Région
UTILISATION DES DONNEES	
Accessibilité	- Réseau Sécurité Naissance - Naitre ensemble des Pays de la Loire
Séries disponibles	- 2005 - 2006 en cours
Retour d'information Partage des connaissances, animation de débat	Evolution selon les années

F 15

NOM	Déclarations annuelles des services de néonatalogie
Opérateur	Réseau Sécurité Naissance - Naitre ensemble
Fiché renseignée par	Dr Bernard Branger, Réseau Sécurité Naissance - Naitre ensemble, février 2007
PRESENTATION GENERALE	Données concernant les moyens et les activités des services de néonatalogie
Source d'information	Déclarations annuelles des 12 services d'hospitalisation des nouveau-nés : 4 services de néonatalogie, 5 services de néonatalogie et soins intensifs, 3 services de néonatalogie et soins intensifs, et de réanimation néonatale
Circuit	- Demande du RSN (médecin coordinateur) en janvier de l'année N pour l'année N-1 - Retour avant Mars de l'année N pour l'année N-1
Responsable du traitement des données	Médecin coordinateur du Réseau Sécurité Naissance - Naitre ensemble des Pays de la Loire
CONTENU QUALITE...	
Principales informations recueillies	- Ressources en lits et en personnels - Entrées et durées de séjour - Actes de soins majeurs : poses de cathéters centraux, intubations
Exhaustivité	- Réponses manquantes dans quelques centres
Qualité des données	Bonne
Niveau territorial	Région
UTILISATION DES DONNEES	
Accessibilité	- Réseau Sécurité Naissance - Naitre ensemble des Pays de la Loire
Séries disponibles	- 2005 - 2006 en cours
Retour d'information Partage des connaissances, animation de débat	- Evolution selon les années - Comparaisons entre services selon le territoire d'attraction - Nombre de transferts néonataux

F 16

NOM	Réseau « Grandir ensemble »
Opérateur	Réseau Sécurité Naissance - Naître ensemble
Fiché renseigné par	Dr Bernard Branger, Réseau Sécurité Naissance - Naître ensemble, février 2007
PRESENTATION GENERALE	Réseau de pédiatres formés qui suivent à intervalle régulier les enfants prématurés et les enfants avec des signes de souffrance néonatale
Source d'information	Grilles remplies à l'inclusion dans les services d'hospitalisation et à des dates fixes (deux modalités selon deux groupes de gravité) : en âge corrigé de la prématurité à 3 mois, 6 mois, 9 mois, 12 mois, 18 mois, 2 ans, 3 ans et 5 ans.
Circuit	- Remplissage des grilles par les médecins référents - Retour auprès de la coordinatrice du Réseau
Responsable du traitement des données	- Coordinatrice du Réseau Grandir Ensemble
CONTENU QUALITE...	
Principales informations recueillies	- Taux de prises en charge en cas de problème - Déficiences neuro-motrices ou sensorielles à 2 ans, 3 ans et 5 ans
Exhaustivité	- Environ 2 % des naissances, soit 900 inclusions par an - Vérification auprès des centres d'inclusions - Vérification des perdus de vue
Qualité des données	Bonne
Niveau territorial	Région
UTILISATION DES DONNEES	
Accessibilité	- Publications en cours - Demandes auprès du conseil scientifique du Réseau
Séries disponibles	- Début des inclusions en 2003
Retour d'information Partage des connaissances, animation de débat	- Liens entre circonstances périnatales et séquelles - Prévention en obstétrique et en néonatalogie - Précocité de la prise en charge - Liens avec les CAMSP et les CDES

FICHES D'INVENTAIRE

Outils de partage de l'information (OPI)

F 17

NOM	Tableau de bord « Périnatalité »
Opérateur	Observatoire régional de la santé
Fiche rédigée par	François Tuffreau, ORS, février 2007
Sources d'information	- Etat civil (naissances et décès) - Statistiques de causes médicales de décès - Statistique annuelle des établissements (SAE)
Principales informations disponibles	NATALITE Naissances vivantes domiciliées et enregistrées Fécondité Rang de naissances Accouchements multiples, par césarienne MORTALITE Mortalité maternelle et infantile
Niveau territorial	France métro, région, département
Séries statistiques	1980....
Historique	Ce tableau de bord, qui existe depuis une dizaine d'années, a été profondément remanié en 2005-2006
Modalités de diffusion	Edition imprimée en 2006, réédition prévue tous les trois ans. Les mises à jour sur internet sont effectuées plusieurs fois par an, en fonction de la disponibilité des différentes sources d'information www.santepaysdelaloire.com
Public concerné	Professionnels de la santé
Partage des connaissances, animation de débat	NON

F 18

NOM	Annales d'évaluation des ressources et activités des maternités des Pays de la Loire
Opérateur	Réseau Sécurité Naissance - Naître ensemble
Fiche rédigée par	Dr Bernard Branger, Réseau Sécurité Naissance, février 2007
Sources d'information	<ul style="list-style-type: none"> - Etat civil, Insee, ORS - Déclaration des maternités - Déclaration des Centres Pluridisciplinaires de Diagnostic Prénatal (CPDPN) - Déclaration des centres de dépistages biologiques néonataux - Services de la Drass - PMSI des maternités et des services de néonatalogie - Activités et résultats du Réseau « Grandir ensemble » - Enquête ad hoc
Principales informations disponibles	<ul style="list-style-type: none"> - Naissances enregistrées et domiciliées par maternité, par niveau, par département - Décès in utero, néonataux et décès maternels - Activités des maternités - Activités des services de néonatalogie - Activités des CPDPN, IMG - Dépistages néonataux - Enfants prématurés et ayant souffert à la naissance : suivi régulier jusqu'à 5 ans, prise en charge en cas de problème - Enquêtes spécifiques : malaises et décès néonataux, taux et durée d'allaitement maternel, hémorragie de la délivrance
Niveau territorial	<ul style="list-style-type: none"> - Région - 24 maternités : 3 de type 3, 9 de type 2 et 12 de type 1 - 4 services de néonatalogie, 5 services de néonatalogie et soins intensifs, 3 services de néonatalogie et soins intensifs, et de réanimation néonatale
Séries statistiques	Depuis 2004
Historique	
Modalités de diffusion	<ul style="list-style-type: none"> - Réseau Sécurité Naissance - Naître ensemble des Pays de la Loire - Site Internet : www.reseau-naissance.fr
Public concerné	- Professionnels de la naissance
Partage des connaissances, animation de débat	NON

BIBLIOGRAPHIE

- [1] Circulaire DREES/DGAS/MAREL n° 2006-317 du 11 juillet 2006 relative à l'organisation régionale de l'observation sociale
Bulletin Officiel Santé, Protection Sociale, Solidarités, n° 8, septembre 2006, 4 p.
- [2] Plan régional de santé publique (PRSP) Pays de la Loire 2006-2009
Drass des Pays de la Loire, 2006, 8 volumes
- [3] Observation sociale des territoires Insee Pays de la Loire, Drass et Ddass des Pays de la Loire
Maine-et-Loire, *Dossier*, n° 23, février 2007, 48 p.
Sarthe, *Dossier*, n° 17, février 2005, 48 p.
Loire-Atlantique, *Dossier*, n° 16, décembre 2005, 48 p.
Vendée, *Dossier*, n° 12, mars 2005, 48 p.
- [4] La santé observée dans les Pays de la Loire. Tableau de bord régional sur la santé. Edition 2007
ORS des Pays de la Loire, juin 2007, 200 p.
- [5] Site internet de l'Insee : Institut national de la statistique et des études économiques
www.Insee.fr/fr/ffc/docs_ffc/etat_civil.htm#naissances
- [6] Bilan démographique 2006 : un excédent naturel record
L. Richet-Mastain. *Insee Première*, Insee, n° 1118, janvier 2007, 4 p.
- [7] Base nationale des causes médicales de décès Inserm, CépiDc
www.cephdc.vesinet.inserm.fr
- [8] Carnet de santé de l'enfant
Premier certificat de santé de l'enfant
www.sante.gouv.fr/htm/dossiers/carnet_sante/sommaire.htm
- [9] Premier examen médical prénatal
Cerfa n° 10112*04
- [10] La situation périnatale en France en 2003. Premiers résultats de l'Enquête nationale périnatale
A. Vilain, C. de Peretti, J.B. Herbert *et al.* *Etudes et Résultats*, Drees, n° 383, mars 2005, 8 p.
- [11] Annales de l'évaluation des ressources et activités du Réseau « Sécurité naissance - Naître ensemble » des Pays de la Loire
Réseau « Sécurité naissance - Naître ensemble », 2006, 56 p.
- [12] Périnatalité dans les Pays de la Loire. Tableau de bord d'indicateurs.
ORS des Pays de la Loire, Réseau sécurité naissance - naître ensemble, 2007, 68 p.
- [13] Surveillance dans le domaine de la reproduction et de la périnatalité
J. Bouyer, G. Bréart, E. de La Rochebrochard *et al.* *InVS*, 2004, 83 p.
- [14] Schéma régional d'organisation sanitaire (SROS) 2006-2010
ARH des Pays de la Loire, 2006, 574 p.
- [15] Etude sur la protection maternelle et infantile en France. Rapport de synthèse
D. Jourdain-Menninger, B. Roussille, P. Vienne *et al.* *Igas*, 2006, 51 p.

SYNTHESE

Le Plan régional de santé publique (PRSP) des Pays de la Loire, arrêté début 2006 par le Préfet de Région, a inscrit parmi ses priorités le développement de l'observation, dans la continuité des orientations définies au plan national, et grâce à la dynamique de coopération existante dans la région autour de ces questions. Le Groupement régional de santé publique (GRSP) a confié à la plate-forme de coordination de l'observation sociale et sanitaire (PCOSS) la mise en œuvre de ces orientations.

Les premiers travaux de la plate-forme ont concerné la thématique « bien naître », pour laquelle un groupe de travail a été constitué à la fin de l'année 2006 par la DRASS et l'ORS. Le présent document, qui dresse l'inventaire des outils d'observation existants et propose des axes d'amélioration, est le fruit du travail de ce groupe.

Trois types de recommandations ont été élaborés :

- la dématérialisation des échanges concernant les déclarations de grossesse, les avis de naissance, et les certificats de santé
- le développement de l'observation sociale et sanitaire concernant le suivi de la grossesse et le développement du nouveau-né
- le retour d'information aux professionnels et à la population.

Plate-forme de coordination de l'observation sociale et sanitaire des Pays de la Loire-PCOSS

« Bien naître »

GRUPEMENT REGIONAL DE SANTE PUBLIQUE

- septembre 2007 -