

Discussion et conclusion.– Nous sommes en cours de définition des conditions d'utilisation de l'entrepôt de données dans notre établissement. Nous envisageons de dé-identifier les données afin d'assurer leur confidentialité. Nous proposons que l'information du patient figure dans le livret d'accueil, que les refus des patients à être recontactés soient enregistrés. Les requêtes sur l'entrepôt seront effectuées par le Département d'information médicale. Des règles déontologiques seront établies.

doi: 10.1016/j.respe.2011.12.116

Session G1 – Gouvernance, stratégie et contractualisation

G1-1

Utilisation du Programme de médicalisation des systèmes d'information (PMSI) comme outil d'évaluation d'un réseau de santé en périnatalité en Pays de la Loire

B. Branger^a, M.-C. Goupil^b, A. Tallec^b

^aRéseau sécurité naissance Pays de la Loire, Nantes, France

^bObservatoire régional de santé des Pays de la Loire, Nantes, France

Mots clés : Réseau périnatalité ; PMSI

Introduction.– L'évaluation des pratiques et des résultats est une mission importante des Réseaux de périnatalité (RSP). Les données agrégées obtenues auprès des maternités ne permettent pas de croiser les données. Le manque de dossier informatisé commun obstétricopédiatrique oblige à trouver d'autres sources d'information.

Méthodes.– Le PMSI représente une base de données dont la finalité n'est pas évaluative ou épidémiologique, mais qui dispose d'indicateurs utiles à l'évaluation. Avec une convention avec l'Agence régionale d'hospitalisation (ARH) puis l'Agence régionale de santé (ARS) des Pays de la Loire, a été obtenu un fichier annuel des résumés de sorties anonymisés (RSA) (domicilié et dit « de production ») depuis 2006. L'extraction des données permet d'obtenir trois fichiers de travail :

- accouchements ;
- nouveau-nés en maternité ;
- nouveau-nés hospitalisés.

Le logiciel SPSS 17.0 a été utilisé.

Résultats.– Pour les accouchements ($n = 45\,408$ en 2010), sont analysées les données d'âge maternel, d'âge gestationnel (exhaustif à 99 %), de durées de séjour, de modes d'accouchement et de pathologies « marqueurs » comme les hémorragies du postpartum. Pour les taux de césariennes, des taux ajustés sont calculés en tenant compte de l'âge maternel, de l'âge gestationnel (AG), de la gémeité, de la présentation en siège et de pathologies. Pour les nouveau-nés, l'analyse des poids de naissance (PN), des durées de séjour, des pathologies et des transferts est possible. Le lien entre AG ou PN et le type (niveau) de maternités permet de disposer de données fiables sur l'efficacité du réseau.

Discussion et conclusion.– Dans l'ensemble, le PMSI permet de disposer de données de périnatalité non disponibles ailleurs. L'exactitude doit toujours être vérifiée à partir d'autres données disponibles. Des codages doivent être standardisés pour permettre de suivre des évolutions et de faire des comparaisons. À avec ajustement À entre maternités.

doi: 10.1016/j.respe.2011.12.117

G1-2

Environnements socioéconomiques et santé périnatale : quels indicateurs pour quels territoires ?

H. Charreire^a, N. Drewniak^b, E. Combier^c, J.-M. Amat-Roze^a, B. Blondel^b, J. Zeitlin^b

^aLab-Urba, université Paris-Est Créteil, institut d'urbanisme de Paris, Créteil, France

^bInserm, UMR S953, unité de recherche épidémiologique en santé périnatale et santé des femmes, Paris, France

^cEA4184 CHU, centre d'épidémiologie et de santé publique de Bourgogne (CEP), université de Bourgogne, hôpital du Bocage, Dijon, France

Mots clés : Santé périnatale ; Environnement ; Urbanisation

Introduction.– Pour mieux comprendre les disparités sociospatiales d'état de santé périnatale, un enjeu majeur est d'étudier les relations entre états de santé et caractéristiques socioéconomiques de résidence. À l'échelle du territoire français, l'objectif est de s'interroger sur le choix des indicateurs socioéconomiques de résidence en fonction des contextes de vie (urbain, rural).

Méthodes.– Les analyses portent sur la prématurité à partir des données des enquêtes nationales périnatales 2003 et 2010 ($n = 23\,620$ naissances uniques). Le niveau d'urbanisation–défini en deux catégories : urbain *versus* rural – s'appuie sur le zonage défini par l'Insee (ZAUER). L'environnement de la commune de résidence est caractérisé par : chômage, revenu médian, famille monoparentale, niveau d'étude, ouvriers, locataires et sans voiture (recensement Insee 2006). Les caractéristiques socioéconomiques du contexte de résidence sont divisées en quintile puis analysés selon les deux catégories de niveau d'urbanisation. Une classification en quintile des indicateurs socioéconomiques basée uniquement sur les communes rurales est également proposée.

Résultats.– À l'échelle nationale, la distribution des naissances dans les quintiles d'indicateurs socioéconomiques est très différente selon les espaces urbains et ruraux. Après ajustement sur les caractéristiques individuelles sociodémographiques des mères, on observe des relations positives significatives entre les quintiles des indicateurs socioéconomiques de résidence et le taux de prématurité dans les communes urbaines (chômage (OR = 1,3 IC 95 % [1,03–1,60]), qui ne sont pas significatives dans les espaces ruraux. Des relations significatives avec d'autres indicateurs socioéconomiques (taux d'ouvriers (OR = 2,2 [1,21–3,95]) sont mises en évidence quand les quintiles sont calculés uniquement sur les populations rurales.

Discussion et conclusion.– Cette étude montre la nécessité de prendre en considération les contextes de vie dans leurs dimensions socioéconomiques pour mieux interpréter les disparités d'état de santé périnatale sur le territoire.

doi: 10.1016/j.respe.2011.12.118

G1-3

Territoires de vie, santé périnatale et adéquation des services de santé : influence des temps d'accès à la maternité la plus proche sur les résultats de santé périnatale en Bourgogne

E. Combier^a, H. Charreire^b, M. Le Vaillant^c, J.-B. Gouyon^a, C. Quantin^d, J. Zeitlin^e

^aEA 4184, centre d'épidémiologie et de santé publique de Bourgogne (CEP), université de Bourgogne, Dijon, France

^bLab-URBA, université Paris-Est Créteil, institut d'urbanisme de Paris, Créteil, France

^cCentre de recherche, médecine, sciences, santé, santé mentale, société (Cermes3 CNRS UMR8211, Inserm U988), Villejuif, France

^dService de biostatistique et d'informatique médicale, CHRU, CHU de Dijon, France

^eInserm UMR-S953 recherches épidémiologiques en santé périnatale et santé des femmes et des enfants, Paris, France

Mots clés : Périnatalité ; Accessibilité ; Distance

Introduction.– En 2009, 828 communes étaient à 30 minutes ou plus d'une maternité, 275 à plus de 45 minutes et 80 à plus d'une heure. Notre objectif était d'analyser l'impact des temps de trajet domicile/maternité sur les indicateurs de santé périnatale.

Méthodes.– Notre étude a porté sur les 111 001 accouchements et nouveau-nés (naissances uniques) domiciliés et enregistrés en Bourgogne de 2000 à 2009 (PMSI « élargi »). Les temps d'accès ont été calculés avec l'extension Chronomap – du logiciel MapInfo[®], du centroïde du code PMSI du domicile de la mère au centroïde de la commune de la maternité la plus proche.