Liberté • Égalité • Fraternité
RÉPUBLIQUE FRANÇAISE

MINISTÈRE DES SOLIDARITÉS ET DE LA SANTÉ

MINISTÈRE DU TRAVAIL

MINISTÈRE DE L'ACTION ET DES COMPTES PUBLICS

Enquête nationale périnatale Rapport 2016

Les naissances et les établissements Situation et évolution depuis 2010

Rapport rédigé par l'INSERM et la DREES

Enquête réalisée avec la participation
des services départementaux de Protection maternelle et infantile
et des réseaux de santé en périnatalité

Octobre 2017

Santé publique France

Direction générale de la santé

Direction générale de l'offre de soins

Inserm
Institut national de la santé et de la recherche médicale

Drees
DIRECTION DE LA RECHERCHE, DES ÉTUDES, DE L'ÉVALUATION ET DES STATISTIQUES

Enquête nationale périnatale
Rapport 2016

Les naissances et les établissements

Situation et évolution depuis 2010

Ont participé à l'élaboration de ce rapport

- Pour la partie sur les naissances

L'Institut national de la santé et de la recherche médicale (INSERM) : Équipe de recherche en Épidémiologie Obstétricale, Périnatale et Pédiatrique (EPOPé)

Bénédicte Coulm, Camille Bonnet, Béatrice Blondel

- Pour la partie sur les établissements

La Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques (DREES) : Sous-direction de l'Observation de la santé et de l'Assurance maladie, Bureau État de santé de la population

Alexis Vanhaesebrouck, Annick Vilain, Jeanne Fresson, Sylvie Rey

Sous la direction de Béatrice Blondel (Inserm), Lucie Gonzalez et Philippe Raynaud (DREES)

Mise en page : Elisabeth Golberg

Avant-propos

Ce rapport décrit l'état de santé des mères et des nouveau-nés, leurs caractéristiques, et les pratiques médicales durant la grossesse et au moment de l'accouchement, ainsi que les lieux d'accouchement et l'environnement des naissances. Les résultats présentent une description de la situation en 2016 et les évolutions depuis la précédente enquête nationale périnatale de 2010. La rédaction du rapport a été assurée par l'Équipe de recherche en Épidémiologie Obstétricale, Périnatale et Pédiatrique (EPOPé) de l'Institut national de la santé et de la recherche médicale (INSERM) pour la partie sur les naissances, et par la Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques (DREES) pour la partie sur les établissements.

Cette enquête a été mise en œuvre et financée par la Direction générale de la santé (DGS), la Direction générale de l'offre de soins (DGOS), la DREES, Santé Publique France (SPF) et l'Équipe EPOPé de l'INSERM.

La réalisation de l'enquête sur le terrain a été possible grâce à la participation des services départementaux de Protection maternelle et infantile (PMI), des réseaux de santé en périnatalité et des professionnels des maternités.

Nous remercions les médecins et les responsables des maternités qui ont accepté que l'enquête ait lieu dans leur service. Nos remerciements s'adressent également à toutes les personnes qui ont apporté leur concours à la réalisation de l'enquête, en particulier toutes les enquêtrices et enquêteurs, les sages-femmes référentes pour l'enquête dans chaque maternité et les écoles de sages-femmes qui ont accepté que leurs étudiant·e·s participent au recueil. Nous remercions également toutes les femmes qui ont accepté de répondre à nos questions après la naissance de leur enfant.

Sommaire

Synthèse des résultats concernant les naissances 11
Synthèse des résultats concernant les établissements 17

PARTIE 1 - PRÉSENTATION GÉNÉRALE DES ENQUÊTES NATIONALES PÉRINATALES 19

1. Présentation générale 21
   1.1. Introduction 21
   1.2. Objectifs 22
2. Méthode 22
   2.1. Population 22
   2.2. Recueil des informations 23
   2.3. Organisation 24
   2.4. Autorisations 26
3. Effectifs et qualité des données 27
   3.1. Effectifs 27
   3.2. Exhaustivité des données 28
   3.3. Représentativité des données 28
   3.4. Degré de précision des résultats 29
4. Présentation des résultats 29
   4.1. Résultats sur les naissances 29
   4.2. Résultats sur les maternités 31

PARTIE 2 – RÉSULTATS SUR LES NAISSANCES 33

1. Description des indicateurs périnatals recommandés 35
   1.1. Indicateurs en métropole 35
   1.2. Indicateurs dans les DROM 36
2. Description et évolution depuis 2010 en métropole 36
   2.1. Caractéristiques sociodémographiques des femmes 36
   2.2. Contexte de la grossesse 40
   2.3. Surveillance prénatale et mesures de prévention 43
   2.4. Antécédents, pathologies et complications de la grossesse 48
   2.5. Travail et accouchement 50
   2.6. État de santé des nouveau-nés 54
   2.7. Séjour de la mère et du nouveau-né en post-partum 56
   2.8. Poids et âge gestationnel à la naissance 57
3. Populations particulières en métropole 58
   3.1. Les femmes en situation précaire 58
   3.2. Les naissances gémellaires 60
4. Comparaisons régionales 61
5. Description et évolution depuis 2010 dans les départements et régions d'outre-mer 63
   5.1. Caractéristiques sociodémographiques des femmes dans les DROM 64
   5.2. Contraception et santé avant la grossesse dans les DROM 65
   5.3. État psychologique et prévention pendant la grossesse dans les DROM 66

5.4. Suivi prénatal et examens de dépistage et de diagnostic dans les DROM 66
5.5. Hospitalisation et pathologies durant la grossesse dans les DROM 67
5.6. Travail et accouchement dans les DROM 68
5.7. État néonatal à la naissance dans les DROM 69
Références 70
Tableaux et figures (résultats sur les naissances) 73
Effectifs de l'échantillon, participation à l'enquête et qualité des données 75
Indicateurs de santé et de pratiques recommandés en France métropolitaine et dans les départements et régions d'outre-mer (DROM) 81
Résultats sur les naissances en Métropole 87
Résultats sur les naissances dans les DROM. 151
PARTIE 3 – RÉSULTATS SUR LES ÉTABLISSEMENTS 165
1. Évolution de l'offre de soins 167
1.1. Selon le type d'autorisation 167
1.2. Selon le statut 167
1.3. Selon la taille 168
1.4. Lien entre type, statut et taille des maternités 169
1.5. Comparaisons régionales en métropole 169
1.6. Offre de soins dans les DROM 170
1.7. L'organisation en réseaux 170
2. Équipements, personnels et sécurité des soins 171
2.1. Les locaux 171
2.2. La disponibilité des produits sanguins en urgence 172
2.3. Le personnel et l'organisation des gardes 172
2.4. Les pratiques de surveillance fœtale 173
2.5. Formation continue et évaluation des pratiques professionnelles 173
3. Parcours de soins et qualité des soins 174
3.1. Suivi prénatal 174
3.2. Manque de places et refus d'inscription 174
3.3. Accueil des populations vulnérables 175
3.4. Prise en charge de la douleur et réhabilitation post-césarienne 176
3.5. Proximité mère-enfant à la maternité 177
3.6. Les dépistages néonatals 177
3.7. L'organisation de la sortie et la prise en charge au domicile 178
Tableaux et figures (résultats sur les établissements) 179

ANNEXES **253**
Annexe 1 - Tableaux annexes : indicateurs recommandés (France entière : métropole et DROM) 255
Annexe 2 - Tableaux annexes DROM 259
Annexe 3 - Questionnaire naissance 271
Annexe 4 - Questionnaire auto-administré 291
Annexe 5 - Questionnaire établissement 293
Annexe 6 - Principales publications issues de l'ENP 2010 299
Annexe 7 - Membres du COPIL de l'ENP 2016 305
Annexe 8 - Membres du comité d'orientation de l'ENP 2016 307
Liste des tableaux 309
Liste des figures 313
Abréviations 315

Synthèse des résultats concernant les naissances

Des enquêtes nationales périnatales sont réalisées à intervalle régulier. Elles permettent de suivre l'évolution des principaux indicateurs périnatals relatifs à la santé, aux pratiques médicales et aux facteurs de risque, et de fournir des informations sur des questions particulières, pour aider à la décision et à l'évaluation des actions de santé. Quatre enquêtes de ce type ont déjà été réalisées en 1995, 1998, 2003 et 2010.

Ces enquêtes portent sur la totalité des naissances (enfants nés vivants et mort-nés) survenues pendant l'équivalent d'une semaine dans l'ensemble des maternités françaises, lorsque la naissance a eu lieu à au moins 22 semaines d'aménorrhée (SA) et / ou lorsque l'enfant pesait au moins 500 grammes. Les informations sont recueillies à partir du dossier médical des maternités et d'un entretien avec les femmes en suites de couches après leur accouchement (volet « naissance »). Par ailleurs, des données sont recueillies sur les caractéristiques des maternités et l'organisation des soins dans les services (volet « établissement »).

L'enquête réalisée en mars 2016 a permis un recueil sur 14 142 naissances auprès de 13 894 femmes, dont 13 384 naissances et 13 148 femmes en métropole et 758 naissances et 746 femmes dans les DROM.

Les données obtenues fournissent des estimations fiables des indicateurs et de leur évolution. La participation de quasiment toutes les maternités a permis d'obtenir un nombre de naissances très voisin de celui attendu selon les statistiques de l'INSEE, et les caractéristiques des mères, des accouchements et des nouveau-nés sont similaires à celles connues grâce aux statistiques sur les séjours hospitaliers issues du PMSI.

En métropole, les évolutions les plus marquantes depuis l'Enquête Nationale Périnatale de 2010 sont les suivantes :

- Des caractéristiques importantes du contexte de la grossesse ont tendance à évoluer de manière défavorable. Le report des naissances à des âges maternels plus élevés, observé depuis plusieurs décennies, se poursuit, alors que l'on sait que les risques pour la mère et l'enfant augmentent de manière sensible avec l'âge des femmes. L'augmentation du surpoids et de l'obésité est également préoccupante : en 2016 20 % des femmes sont en surpoids et près de 12 % sont obèses, contre respectivement 17 % et 10 % en 2010. En ce qui concerne le souhait de la grossesse et sa planification, la situation est plus nuancée : d'une part, les méthodes contraceptives avant la grossesse ont tendance à se diversifier, comme attendu suite aux

recommandations et, d'autre part, on assiste à une légère augmentation des grossesses sous contraception et des réactions nuancées à la découverte de la grossesse (souhait que la grossesse survienne plus tard). Toutefois, la plupart des grossesses sont prévues ou planifiées.

- Le contexte social dans lequel survient la grossesse a évolué de manière contrastée : l'augmentation du niveau d'études des femmes se poursuit et actuellement près de 55 % des femmes enceintes ont un niveau d'études supérieur au baccalauréat. En revanche, leur situation professionnelle et celle de leur partenaire s'est dégradée, et au total, 28 % des ménages ont reçu des aides publiques ou d'autres aides liées au chômage ou à un faible revenu pendant la grossesse (par exemple allocation d'aide au retour à l'emploi, RSA, ou prime d'activité).

- Le gynécologue-obstétricien demeure le professionnel le plus fréquemment consulté pour la surveillance prénatale ; toutefois, pour un quart des femmes, une sage-femme en maternité publique ou en secteur libéral a été la responsable principale de la surveillance dans les six premiers mois de la grossesse. Le rôle des sages-femmes comme professionnelles de premier recours dans la prise en charge des grossesses sans complication semble donc mieux pris en compte. Le taux d'hospitalisation prénatale et le nombre de consultations prénatales sont restés stables. En revanche, l'augmentation du nombre d'échographies se poursuit ; en 2016, 75 % des femmes ont eu plus que les trois échographies recommandées pour une grossesse sans complication, et 36 % en ont eu deux fois plus que recommandé.

- Le lieu d'accouchement évolue fortement : les accouchements ont lieu plus souvent en secteur public (CHU ou CH) (dont la part est passée de 64,1 % en 2010 à 69,2 % en 2016), dans des services spécialisés de type III (de 22,3 % à 26,4 %) et des services de grande taille (de 18,7 % à 29,0 % pour les services réalisant 3 000 accouchements et plus par an). Cette dernière évolution s'explique par une augmentation du nombre des très grandes maternités (voir la partie du rapport sur les établissements). Les sages-femmes ont un rôle croissant : elles réalisent 87,4 % des accouchements par voie basse non instrumentale contre 81,8 % en 2010, avec une nette augmentation dans le secteur privé à but lucratif.

- Le taux de prématurité n'a pas augmenté de manière significative parmi les naissances vivantes uniques, mais il a augmenté de manière régulière et significative entre 1995 (4,5 %) et 2016 (6,0 %) ; ce résultat pose question dans la mesure où d'autres pays réussissent à avoir des taux faibles et stables ou en baisse. Une augmentation de la fréquence des enfants de petit poids pour l'âge gestationnel est également observée entre 2010 et 2016. L'évolution d'autres indicateurs de l'état de santé de l'enfant, tels que l'augmentation des gestes de réanimation

effectués juste après la naissance et des transferts vers un service de néonatalogie mériterait un examen plus approfondi : elle pourrait provenir de changements d'organisation dans les services et d'une évolution des pratiques médicales, mais pourraient peut-être aussi refléter une certaine dégradation de l'état de santé des nouveau-nés.

Plusieurs questions permettent de savoir si certaines mesures de santé publique ont été appliquées ou si certaines recommandations médicales ont été suivies par les professionnels et les patientes. Les résultats les plus marquants sont les suivants, pour la métropole :

- Concernant les mesures de prévention qui reposent sur une interaction entre les femmes et les professionnels de santé, des progrès restent à faire. La prise d'acide folique pour prévenir les anomalies de fermeture du tube neural a augmenté mais reste limitée (23 % en 2016), alors qu'elle représente une mesure de prévention très efficace. La consommation de tabac pendant la grossesse n'a pas baissé, et 17 % des femmes ont fumé au moins une cigarette par jour au troisième trimestre de la grossesse. Par ailleurs, la fréquence de l'allaitement maternel exclusif durant le séjour à la maternité a diminué de manière importante entre 2010 et 2016, de 60 % à 52 % ; de plus, l'allaitement maternel à la maternité, qu'il soit exclusif ou mixte, a légèrement diminué, de 68 % en 2010 à 66 % en 2016.

- Parmi les aides proposées pour informer et soutenir les femmes, la préparation à la naissance et à la parentalité est plus souvent suivie par les primipares, et celles-ci sont plus nombreuses à suivre ces séances en 2016 (78 %) qu'en 2010 (74 %) ; l'entretien prénatal précoce (EPP) est plus répandu en 2016 qu'en 2010, mais ne concerne encore que 28,5 % des femmes, avec des disparités géographiques très fortes, montrant un investissement inégal des régions ou des réseaux de santé en périnatalité dans l'organisation de ces entretiens. Par ailleurs, les soignants n'abordent pas systématiquement la question de l'alcool et du tabac pendant la grossesse, et plus de la moitié des fumeuses disent n'avoir reçu aucun conseil durant leur grossesse pour diminuer leur consommation.

- Pendant la grossesse, le bilan de l'application des recommandations destinées aux professionnels est contrasté. Du fait des modifications des modalités de dépistage de la trisomie 21, on observe une stabilité des biopsies de trophoblaste et une diminution des amniocentèses (de 8,7 à 3,6 % entre 2010 et 2016), en particulier depuis qu'il n'est plus recommandé d'en proposer une d'emblée chez les femmes de 38 ans et plus. Le pourcentage de femmes qui n'ont pas eu de frottis cervico-utérin pendant la grossesse ou dans les trois années précédentes (deux années précédentes selon les recommandations en cours en 2010) demeure relativement élevé et n'a pas diminué (19,7 %), suggérant que la prise en charge de la grossesse n'a pas toujours

permis de réaliser un dépistage chez les femmes qui n'en avaient pas eu auparavant. Le pourcentage de femmes ayant un dépistage du diabète a diminué de 86,0 % à 73,2 %, suite aux nouvelles modalités de dépistage en faveur d'un test ciblé sur les femmes présentant des facteurs de risque ; il demeure toutefois élevé par rapport à ce que l'on pourrait attendre, faisant penser qu'il est encore fréquemment réalisé chez des femmes ne correspondant pas à la population cible des recommandations. Par ailleurs, la fréquence du diabète gestationnel, à la fois insulino-dépendant et sous régime, a augmenté ; ceci peut être expliqué en partie par des changements dans les modalités du dépistage et par l'augmentation de la prévalence des facteurs de risque. En matière de vaccination, le constat est négatif : pour la coqueluche, peu de femmes connaissent leur statut vaccinal ou ont un statut conforme aux recommandations, et seulement 7 % des femmes enceintes ont été vaccinées contre la grippe saisonnière, alors qu'elles appartiennent à un groupe à risque élevé de complications et qu'elles étaient toutes enceintes pendant la période vaccinale.

- Au moment de l'accouchement ou juste avant, les recommandations semblent avoir un impact fort sur les pratiques. La corticothérapie anténatale destinée à accélérer la maturation fœtale en cas de naissance prématurée a augmenté, concernant 90,2 % des enfants nés avant 34 SA, contre 77,4 % en 2010. Le taux de césarienne (20,4 %) reste stable depuis 2010, ce qui suggère une attitude générale tendant à limiter la réalisation de cette intervention. Par exemple, une césarienne est moins souvent réalisée en 2016 qu'en 2010 chez les femmes ayant un antécédent de césarienne (utérus cicatriciel), en cohérence avec les recommandations professionnelles de 2012. Le taux d'épisiotomie continue à diminuer (de 27 % à 20 % des femmes entre 2010 et 2016), après les recommandations du CNGOF en 2005 de ne pas faire d'épisiotomie systématique, en raison de l'absence de bénéfice dans la prévention des lésions sévères du périnée. De manière intéressante, la sensibilisation des professionnels à l'utilisation anormalement élevée de l'oxytocine pendant le travail en France, et à ses risques pour la santé maternelle, a conduit à une baisse de son utilisation (de 57,6 % à 44,3 % chez les femmes en travail spontané), avant même les recommandations émises fin 2016 par le Collège national des sages-femmes et celui des gynécologues-obstétriciens. Un autre exemple d'adéquation concerne l'administration préventive systématique d'oxytocine pour prévenir les hémorragies du post-partum, recommandée depuis 2004 et qui est quasi généralisée (83,3 % en 2010 et 92,7 % en 2016).

Dans l'enquête, une attention particulière a été portée aux attentes des femmes au moment de l'accouchement et aux réponses apportées par les professionnels. Les femmes sont assez peu nombreuses à rédiger un projet de naissance (3,7 %) ou à exprimer des demandes particulières à leur

arrivée à la maternité. Ces femmes ayant eu des demandes particulières concernant leur accouchement sont très souvent satisfaites des réponses apportées par l'équipe médicale à leurs souhaits. Avant leur arrivée à la maternité, seules 14,6 % des femmes ne souhaitaient pas d'analgésie péridurale (APD). Pendant le travail, outre une augmentation du recours à l'APD, de 78,9 % à 82,2 %, la prise en charge de la douleur a évolué vers une approche de meilleure qualité et plus diversifiée, par une utilisation plus fréquente d'une PCEA (pompe qui permet aux femmes de contrôler les doses d'analgésiques administrées), et l'utilisation plus fréquente de méthodes non médicamenteuses (de 14,3 % en 2010 à 35,5 % en 2016), que les femmes aient eu ou non une APD. La très grande majorité des femmes (88,3 %) disent avoir été très ou plutôt satisfaites des méthodes reçues pour gérer la douleur et les contractions ; toutefois, près de 12 % d'entre elles étaient peu ou pas du tout satisfaites, soulignant le fait qu'il est important de continuer les efforts pour améliorer le confort des femmes pendant le travail.

Il existe de fortes disparités entre les grandes régions de métropole, en ce qui concerne les facteurs de risque, la situation sociale, la prévention et les interventions médicales. Les différences sont particulièrement marquées pour certains comportements et certaines mesures de prévention non encore généralisées, tels que la consommation de tabac, l'allaitement, la vaccination contre la grippe et l'entretien prénatal précoce. La façon de prendre en charge l'accouchement varie moins ; toutefois la limitation du nombre d'épisiotomies semble appliquée de manière très variable suivant les régions. La prématurité est la plus élevée en Hauts-de-France et dans le Grand-Est ; elle est plus faible en Bretagne, Nouvelle Aquitaine et Provence-Alpes-Côte d'Azur. Au total, il est difficile d'affirmer que certaines régions ont systématiquement de meilleurs indicateurs de santé ou de pratiques. En effet, les différences observées sont le résultat de multiples facteurs, tels que des contextes géographiques et sociaux plus ou moins favorables et propres à chaque région. De plus, ils peuvent dépendre des actions menées localement par les réseaux de santé en périnatalité, entre autres, ou encore être influencés par des leaders d'opinion parmi les professionnels.

Des différences notables sont observées entre la métropole et les départements et régions d'outre-mer (DROM), tout en sachant que les situations sont hétérogènes entre ces DROM. On y observe une fréquence plus élevée des femmes en situation sociale difficile, ayant une surveillance inadéquate, et des complications ayant nécessité une hospitalisation durant la grossesse. Le taux de prématurité y est également beaucoup plus élevé (11,9 %) qu'en métropole (7,2 %) pour l'ensemble des naissances vivantes (grossesses uniques et multiples). En revanche, il faut noter que le taux de césarienne ne diffère pas par rapport à la métropole et que les femmes allaitent plus souvent leur nouveau-né à la maternité de façon exclusive.

Cette enquête a permis d'obtenir des données de qualité pour suivre l'évolution de la santé des mères, des nouveau-nés et des pratiques médicales. Ces données sont complémentaires d'autres sources de données nationales qui à l'heure actuelle ne permettent pas une analyse approfondie de la situation périnatale. Par exemple, le Programme de médicalisation des systèmes d'information (PMSI) permet depuis 2010-2012 de surveiller, sur l'ensemble des naissances (environ 800 000 par an), les variations annuelles ou géographiques de la prématurité, des anomalies de croissance, et d'autres indicateurs (âge maternel, mode d'accouchement etc.), mais il ne permet pas de tenir compte de facteurs de risque obstétricaux importants, tels que la parité (le nombre d'accouchements antérieurs) ou l'Indice de Masse Corporelle (IMC). Par rapport aux autres sources de données nationales existantes, les enquêtes nationales périnatales présentent trois atouts majeurs. D'une part, l'entretien auprès des femmes permet de recueillir des informations mal ou non renseignées dans les dossiers médicaux, comme leurs caractéristiques sociodémographiques, le contenu de leur surveillance prénatale, leurs comportements préventifs, leur satisfaction et leurs souhaits. D'autre part, l'introduction de nouvelles questions pour chaque enquête permet de disposer d'informations spécifiques sur les problèmes de santé qui sont soulevés à un moment donné, et sur l'application de certaines mesures publiques et recommandations pour la pratique clinique. Enfin, les données des enquêtes nationales périnatales permettent de contrôler et valider les indicateurs produits en routine par le PMSI. Il serait donc utile de répéter cette enquête afin de disposer de données fiables et actualisées sur la santé et les pratiques médicales, pour pouvoir évaluer et guider au mieux les politiques publiques périnatales.

Synthèse des résultats concernant les établissements

Les enquêtes nationales périnatales comportent un questionnaire « établissement » rempli par une sage-femme coordinatrice ou le chef de service de chaque maternité. Il permet d'obtenir, au moment des enquêtes, des informations détaillées sur les maternités, qui complètent les données disponibles annuellement dans le Programme de médicalisation des systèmes d'information (PMSI) et la Statistique annuelle des établissements de santé (SAE). Ce questionnaire décrit les caractéristiques des maternités, leur environnement, le profil de leurs équipes soignantes, l'organisation des prises en charge des femmes et des nouveau-nés ainsi que les politiques du service. Les résultats des différentes enquêtes nationales périnatales permettent de décrire les évolutions au cours du temps ainsi que l'adaptation des maternités et des politiques de soins aux évolutions législatives et aux recommandations pour la pratique clinique.

Au 15 mars 2016, la France compte 517 maternités : 497 en métropole et 20 dans les DROM. Sous l'effet des restructurations profondes de l'offre de soins en périnatalité (fermetures, fusions, rapprochements inter-hospitaliers ou coopérations public-privé…), la diminution du nombre des maternités s'est poursuivie depuis 2010, mais de façon moins importante que pendant les périodes précédentes. Au total, depuis 1995, le nombre de maternités a diminué de 39 % alors que le nombre de naissances de 2016 est proche de celui de 1995. Entre 2010 et 2016, ce sont particulièrement les maternités de taille intermédiaire (entre 1000 et 1500 accouchements) qui sont moins nombreuses. Le nombre de petites maternités (moins de 500 accouchements par an) se maintient. Les grandes maternités (plus de 3500 accouchements par an) sont plus nombreuses.

Depuis 2010, l'amélioration des conditions de sécurité s'est poursuivie, notamment sous l'effet de l'augmentation du nombre de maternités disposant, pour les césariennes, d'un bloc obstétrical au sein ou à proximité immédiate du secteur naissance (75 % en 2016 contre 66 % en 2010), d'un service de réanimation adulte sur leur site (9 maternités sur 10 pour celles de type IIB ou III en 2016) et de la présence sur place 24 heures sur 24 d'un obstétricien, d'un pédiatre et d'un anesthésiste réanimateur. En cas d'urgence, toutes les maternités indiquent un délai de moins de 30 minutes pour obtenir des produits sanguins labiles.

Le rôle des sages-femmes est important quel que soit leur mode d'exercice, hospitalier en secteur public ou privé, ou libéral. Elles jouent un grand rôle dans la prise en charge prénatale (entretien prénatal, suivi de grossesse, surveillance rapprochée avant l'accouchement, tabacologie, acupuncture, échographie ...), pour l'accouchement par voie basse (voir la partie « naissances » du rapport) et en post natal (accompagnement à la sortie, allaitement…)

La qualité de l'offre de soins s'est améliorée. Les refus d'accueil de patientes en raison d'un manque de place sont en baisse : 83 % des maternités ne rencontrent jamais cette difficulté en 2016, contre 73 % en 2010. La disponibilité de l'analgésie péridurale autocontrôlée (PCEA) qui permet de mieux adapter le niveau d'analgésie à la douleur a progressé. En 2016, quatre maternités sur dix disposent d'un espace dédié aux accouchements moins médicalisés et un programme de réhabilitation précoce post-césarienne est présent dans deux maternités sur trois. Enfin, l'organisation d'un accompagnement des femmes par une sage-femme à la sortie de la maternité s'est généralisée, en lien avec la diffusion du Programme d'accompagnement du retour à domicile (PRADO) par l'Assurance Maladie.

PARTIE 1 - PRÉSENTATION GÉNÉRALE DES ENQUÊTES NATIONALES PÉRINATALES

1. Présentation générale

1.1. Introduction

Il est indispensable de disposer, au niveau national, de données fiables et actualisées sur la santé périnatale. La connaissance des principaux indicateurs de santé périnatale est en effet nécessaire pour suivre l'évolution de la santé, orienter les politiques de prévention et évaluer les pratiques médicales. Des indicateurs de santé de base sont fournis par le premier certificat de santé de l'enfant (rempli lors de sa première semaine de vie, généralement à la maternité), et plus récemment, essentiellement depuis 2010-2012, par le Programme de médicalisation des systèmes d'information (PMSI), mais ces données ne permettent pas une analyse approfondie de la situation périnatale.

La volonté de mener à intervalle régulier une enquête nationale périnatale sur la morbidité et les pratiques médicales a été annoncée par le Ministère chargé de la santé dans le Plan Périnatalité de 1994 et depuis cette date, cinq enquêtes ont été réalisées, en 1995, 1998, 2003, 2010 (Blondel et al., 2011 ; Blondel et al., 2012) et 2016.

Les enquêtes nationales périnatales (ENP) reposent sur le principe d'un recueil d'information sur un échantillon représentatif des naissances. Cet échantillon comprend toutes les naissances survenues pendant une semaine dans l'ensemble des départements français. Le choix de ce protocole s'appuie sur l'expérience d'une enquête pilote réalisée en 1988-89 dans plusieurs régions volontaires (Bréart et al., 1991). Elle montrait qu'il était possible de faire une enquête dans les maternités, pendant une période courte, avec le recueil d'un petit nombre d'items, et qui soit coordonnée par les services départementaux de Protection maternelle et infantile (PMI). De plus il était observé que les résultats de deux échantillons comprenant la totalité des naissances pendant une semaine, une fois au printemps et l'autre fois en automne, étaient comparables, ce qui justifiait de conduire l'enquête pendant une semaine uniquement.

Dans chaque enquête, des données sont recueillies sur les principaux indicateurs de santé périnatale, de manière identique et en suivant les recommandations internationales, en particulier la liste des indicateurs périnatals définie par Euro-Peristat (EUROPERISTAT, 2013). Cette démarche permet de surveiller l'amélioration ou la dégradation de certaines situations sur le long terme (Blondel et al, 2012) et d'identifier les points forts et les points faibles de la France par rapport à d'autres pays, notamment européens (Blondel et al., 2013). Les données à recueillir sont également sélectionnées en cohérence avec les autres sources d'information, en particulier le certificat de décès néonatal et

le premier certificat de santé, pour faciliter les comparaisons entre l'échantillon national de l'enquête et des données locales.

Les enquêtes nationales périnatales servent également à estimer les besoins en matière de prévention, à évaluer les politiques publiques touchant à la périnatalité et à analyser la diffusion des recommandations de bonnes pratiques émises par les professionnels de santé. Les données à recueillir sont ainsi définies avant chaque enquête en concertation avec les services publics au niveau national, régional et départemental, les professionnels de santé et des associations d'usagers.

1.2. Objectifs

Les objectifs principaux de ce rapport sont de :

- décrire les principaux indicateurs de l'état de santé des femmes et des enfants, les pratiques médicales pendant la grossesse et l'accouchement, les facteurs de risque périnatal, et le contexte psycho-social dans lequel survient la grossesse ;
- décrire les caractéristiques des maternités et l'organisation des soins au sein des services ;
- suivre l'évolution de ces indicateurs par rapport à l'enquête précédente de 2010 ;
- apporter des informations pour guider les décisions en santé publique et évaluer les actions de santé dans le domaine périnatal ;
- fournir des données représentatives à l'échelle nationale, auxquelles on peut comparer des données nationales ou infranationales provenant d'autres sources ou des données issues des maternités.

2. Méthode

2.1. Population

L'enquête a eu lieu en métropole et dans l'ensemble des cinq départements et régions d'outre-mer (DROM) (Guadeloupe, Guyane, Martinique, Mayotte, La Réunion). L'enquête a porté sur la totalité des naissances dans les maternités publiques et privées. Les enfants nés en dehors de ces services (par exemple à domicile) et transférés par la suite en maternité ont également été inclus.

Les maisons de naissances n'ont pas été pas incluses, ces dernières n'étant pas encore autorisées à fonctionner à titre expérimental au moment de la réalisation de l'enquête.

Définition d'une naissance

L'enquête porte sur l'ensemble des enfants nés vivants ou mort-nés (dont les interruptions médicales de grossesse, IMG), si la naissance avait eu lieu après au moins 22 semaines d'aménorrhée (SA) et / ou si l'enfant ou le fœtus pesait au moins 500 grammes à la naissance. Cette définition était déjà utilisée dans les quatre enquêtes précédentes et permet d'intégrer les principales bornes recommandées par l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS).

Calendrier

L'ensemble des naissances survenues entre le lundi 14 mars 2016 à 00 h 00 et le dimanche 20 mars 2016 à minuit ont été incluses. Pour faciliter le recueil dans les plus grandes maternités, la collecte pouvait être étalée sur deux semaines en incluant toutes les naissances un jour sur deux de 00 h 00 à minuit au cours de cette période.

2.2. Recueil des informations

Questionnaire pour chaque naissance

Le recueil de données comprenait un entretien en face-à-face avec les femmes en suites de couches, un questionnaire auto-administré distribué juste après l'entretien et une collecte d'informations à partir de leur dossier médical.

Les caractéristiques sociodémographiques des mères et la description du déroulement de la surveillance prénatale ont été obtenues lors de l'entretien avec les femmes, avant leur sortie de la maternité. Les données relatives aux complications de la grossesse, à l'accouchement et à l'état de l'enfant à la naissance ont été collectées à partir des dossiers médicaux. Des informations sur des questions plus sensibles (neuf questions abordant l'usage de drogues, le bien-être psychologique et les violences physiques durant la grossesse) ont été recueillies à partir des réponses au questionnaire auto-administré.

En cas d'accouchement sous le secret (« *sous X* »), les femmes n'ont pas été sollicitées pour participer à l'enquête et aucune information n'a été recueillie. Dans les cas où la femme était mineure, en cas de naissance d'un enfant mort-né ou d'une IMG, ou encore lorsqu'il n'était pas possible de solliciter la femme pour participer (par exemple en cas de problèmes de santé importants), un recueil minimal de treize indicateurs était prévu à partir du dossier médical, sur une page spécifique du questionnaire : cette dernière ne comprenait pas de numéro et ne permettait aucune identification des femmes dans le fichier informatisé. Ces indicateurs correspondent aux indicateurs majeurs recommandés au niveau européen pour décrire les caractéristiques des mères,

l'état de santé des enfants et les pratiques médicales au moment de la naissance. Si une femme ne pouvait pas ou refusait de participer à l'entretien, l'enquêteur lui demandait si elle acceptait le recueil de données à partir de son dossier médical. En cas de refus, seul le recueil minimal des treize indicateurs était réalisé, conformément à l'autorisation délivrée par la Commission nationale de l'informatique et des libertés (CNIL).

Les informations recueillies étaient de deux types :

- Les données permanentes, qui correspondent à des indicateurs périnatals que l'on souhaite connaître de manière similaire pour chaque enquête (caractéristiques sociodémographiques des couples, pratiques médicales et état de santé des nouveau-nés).
- Les données spécifiques, relatives à des thématiques et sujets posant question au moment de l'enquête. En 2016, une attention particulière a été portée à la prise en charge des femmes en situation de précarité, aux mesures de prévention pendant la grossesse (vaccinations, informations des femmes sur la consommation d'alcool et de tabac, etc.), à la prise en charge des grossesses à bas risque et à la prise en compte des demandes des femmes (projet de naissance, alternatives non médicamenteuses à la péridurale, etc.).

Questionnaire pour chaque maternité

Ce questionnaire permet de décrire le lieu d'accouchement, une seule fois pour toutes les naissances de l'établissement. Il a pour objectif de décrire le lieu d'accouchement (taille, niveau de spécialisation, statut public/privé), les politiques du service et l'environnement plus général des naissances, comme l'organisation des soins en réseau entre maternités.

Ce questionnaire a été rempli par le chef de service ou une sage-femme coordinatrice de la maternité.

2.3. Organisation

Cette enquête a été pilotée par les services suivants (voir l'Annexe 7) :

- la Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques (DREES) au ministère des Solidarités et de la Santé, Sous-direction de l'Observation de la santé et de l'Assurance maladie (Bureau État de santé de la population) ;
- la Direction générale de la santé (DGS), sous-direction de la santé des populations et de la prévention des maladies chroniques (Bureau Santé des populations et politique vaccinale) ;
- la Direction générale de l'offre de soins (DGOS), Sous-direction de la régulation de l'offre de soins (Bureau Plateaux techniques et prises en charge hospitalières aigües) ;

- Santé Publique France (SPF), Direction des maladies non transmissibles et des traumatismes ;
- l'équipe de recherche en Épidémiologie Obstétricale, Périnatale et Pédiatrique (EPOPé) de l'Institut national de la santé et de la recherche médicale (INSERM) (Unité 1153).

La mise au point du protocole d'enquête et des questionnaires a été assurée par des représentants de la DGS, de la DGOS, de la DREES, de l'équipe EPOPé de l'INSERM et de Santé Publique France. Ce travail a été fait en lien avec un comité d'orientation (voir l'Annexe 8) comprenant des représentants de l'Assemblée des Départements de France (médecins et sages-femmes des services de Protection Maternelle et Infantile), des Agences Régionales de Santé, des Observatoires Régionaux de la Santé, des réseaux de santé en périnatalité, des fédérations hospitalières (Fédération Hospitalière de France, Fédération des Établissements Hospitaliers et d'Aide à la Personne, Fédération de l'Hospitalisation Privée), des Conseils nationaux de l'Ordre des médecins et des Sages-femmes, de la Commission nationale de la naissance et de la santé de l'enfant, de la Caisse Nationale de l'Assurance maladie des Travailleurs salariés, des associations de professionnels (anesthésistes-réanimateurs, obstétriciens, pédiatres, sages-femmes) et des usagers. La finalisation du protocole, des questionnaires, et des documents nécessaires à la réalisation de l'enquête a été assurée par l'équipe EPOPé de l'INSERM.

La coordination de l'enquête au niveau national a été effectuée par l'équipe EPOPé de l'INSERM :

- Avant l'enquête : rédaction et suivi des demandes d'autorisation, prise de contact avec les départements et estimation des besoins en coordination locale, rédaction des documents utiles au déroulement de l'enquête (notamment les guides de formation pour les coordinateurs départementaux et les enquêteurs), gestion du recrutement et de la formation des enquêteurs.
- Pendant l'enquête : soutien aux coordinateurs locaux et enquêteurs, suivi du bon déroulement de la collecte au niveau national.
- Après l'enquête : centralisation de l'ensemble des questionnaires, contrôle de l'exhaustivité du recueil et de la qualité des données, préparation de la saisie par lecture optique.

Au niveau départemental, la coordination de l'enquête était placée, dans la plupart des départements français, sous la responsabilité du médecin coordinateur du service de Protection maternelle et infantile (PMI) ou d'une autre personne de la PMI suivant les disponibilités locales. Dans quelques départements, l'enquête était coordonnée en totalité ou partiellement par le réseau de santé en périnatalité. Pour les départements qui n'avaient pas les moyens de mettre en place l'enquête, l'équipe EPOPé se chargeait de la coordination locale. Le coordinateur départemental avait pour mission de veiller au bon déroulement de l'enquête sur le plan local, en lien avec l'équipe EPOPé de l'INSERM : prise de contact avec les maternités pour leur demander leur accord de

participation, recherche d'un correspondant (sage-femme référente) et des enquêteurs dans chaque service, suivi de la collecte de données avec la personne référente et contrôle de la qualité du remplissage des questionnaires et de l'exhaustivité du recueil.

Dans chaque maternité, une personne référente (le plus souvent une sage-femme coordinatrice) faisait le lien entre le coordinateur départemental et les enquêteurs. Cette personne référente s'assurait du bon déroulement de la collecte de données dans sa maternité, en lien avec le coordinateur départemental.

Pendant la semaine d'enquête, les sages-femmes enquêtrices des maternités avaient les missions suivantes : le repérage de toutes les naissances correspondant aux critères d'inclusion, l'information des femmes et le recueil de leur non-opposition à participer à l'enquête, la réalisation du recueil de données (entretien et collecte de données à partir du dossier médical de la femme), le renvoi des questionnaires au coordinateur départemental. Une formation des enquêteurs et la distribution de documents de consignes permettaient d'assurer une homogénéité du recueil entre les maternités et garantissait une certaine qualité des données obtenues.

La qualité des données a été contrôlée une première fois par l'équipe EPOPé, par une relecture des questionnaires reçus. La saisie des données et la constitution du fichier informatique ont été assurées par la DREES. Par la suite, un data management et un contrôle informatique de la cohérence des données ont été effectués, avant la réalisation des analyses détaillées nécessaires à l'élaboration de ce rapport. Ces étapes et la rédaction du rapport ont été réalisées séparément pour les données sur les naissances, traitées par l'équipe EPOPé, et les données relatives aux lieux d'accouchement, traitées par la DREES.

2.4. Autorisations

L'enquête nationale périnatale est une enquête de la statistique publique ; elle a reçu un avis de conformité du Comité national de l'information statistique (CNIS) lui attribuant le label d'intérêt général et de qualité statistique (visa n° 2016X703SA). Elle a également reçu un avis favorable du Comité d'évaluation éthique de l'INSERM (IRB00003888 avis n° 14-191) et du Comité consultatif sur le Traitement de l'Information en matière de Recherche dans le domaine de la santé (CCTIRS), une autorisation d'un traitement automatisé d'informations nominatives de la Commission nationale de l'informatique et des libertés (CNIL) (n° 915197).

3. Effectifs et qualité des données

3.1. Effectifs

Sur les 517 maternités en activité en France (métropole et DROM), quatre maternités de métropole (de statut privé à but lucratif) ont refusé de participer à l'enquête ; le nombre hebdomadaire total de naissances estimé dans ces quatre maternités en 2016 est d'environ 120 (données de la Statistique Annuelle des Établissements de santé).

L'échantillon total comprend 14 142 naissances, dont 13 384 en métropole et 758 dans les cinq DROM (Tableau 1). Compte tenu des naissances multiples, l'échantillon est composé de 13 894 femmes, dont 13 148 en métropole et 746 dans les DROM.

En 2015, l'Institut national de la statistique et des études économiques (INSEE) recensait 64 110 naissances vivantes en mars en France. Le nombre hebdomadaire de naissances vivantes aurait été d'environ 14 230 en mars 2016 si l'on fait l'hypothèse que les naissances étaient réparties de manière homogène au cours du mois et en tenant compte de la baisse d'environ 1,7 % du nombre de naissances observée entre 2015 et 2016. Cet effectif (13 998) est très voisin du nombre de naissances vivantes dans l'enquête.

En France métropolitaine, parmi les 13 384 naissances enregistrées durant la période d'enquête, aucune information n'a été collectée pour quinze naissances, pour lesquelles l'accouchement a eu lieu sous le secret (Figure 1). Au total, 13 369 naissances étaient donc éligibles pour l'enquête, soit 13 133 femmes. La participation des femmes à l'enquête se décompose de la manière suivante : 11 753 femmes (soit 89,5 % des femmes éligibles) ont accepté l'entretien et le recueil à partir de leur dossier médical, 791 femmes ont refusé de participer à l'entretien mais ont accepté le recueil d'informations à partir de leur dossier médical (6,0 %) et 10 femmes ont accepté de participer à l'entretien mais ont refusé le recueil d'informations dans leur dossier médical (<0,1 %).

Pour 579 femmes (4,4 %), seules les informations du questionnaire minimal ont été recueillies. Les deux principaux motifs d'un recueil minimal des données, en dehors d'un âge inférieur à 18 ans et de la naissance d'un enfant mort-né, étaient le refus de la mère (29 % des refus), suivi de problèmes de langue rendant difficile le recueil du consentement éclairé à participer à l'enquête ainsi que le déroulement de l'entretien (15 % des refus).

Dans les DROM, 655 femmes ont donné leur accord global (87,8 % des femmes éligibles), 42 ont refusé l'entretien mais ont accepté le recueil d'informations à partir du dossier médical (5,6 %) et

pour 49 femmes seules les informations minimales ont été collectées (6,6 %). Près de la moitié de ces 49 femmes étaient mineures (Figure 2).

3.2. Exhaustivité des données

Pour chaque naissance incluse dans l'enquête – y compris pour les mort-nés, les mères mineures et celles n'ayant pas souhaité participer – des informations étaient recueillies pour décrire les indicateurs majeurs recommandés au niveau européen (données du questionnaire minimal, 13 questions). Les informations manquantes pour ces items sont très peu nombreuses : moins de 1 % des naissances pour des données telles que l'âge de la mère, l'âge gestationnel à l'accouchement, le mode de début de travail et d'accouchement ou encore l'état néonatal à la naissance.

Parmi les 13 251 femmes ayant accepté de participer à l'enquête et les 13 482 naissances correspondantes, les données manquantes sont peu nombreuses pour les données du dossier médical : les informations relatives aux antécédents médicaux maternels et aux pathologies survenues durant la grossesse sont manquantes pour 0,5 à 1,2 % des naissances ; les informations relatives au déroulement du travail sont manquantes pour 0,5 à 2,5 % des naissances selon la variable considérée (rupture artificielle des membranes, épisiotomie, déchirure périnéale ou encore le type d'analgésie-anesthésie au moment de l'expulsion).

Pour les informations issues de l'entretien, les données manquantes sont un peu plus nombreuses car 6,3 % des femmes ayant accepté de participé à l'enquête ont refusé de s'entretenir avec l'enquêteur. Cependant, parmi les 12 418 femmes ayant accepté de participer à l'entretien et les 12 630 naissances correspondantes, les données ne sont manquantes que pour 1 à 2 % des naissances pour les principales variables permettant de décrire la situation sociodémographique des femmes, le suivi prénatal et les comportements des femmes durant la grossesse.

Toujours parmi les femmes ayant accepté de participer à l'enquête, le taux de réponse des femmes au questionnaire auto-administré est de 98,6 %.

Concernant les données sur les établissements, une seule maternité sur les 513 ayant accepté de participer à l'enquête n'a pas retourné le questionnaire. La plupart des items (88 %) du questionnaire ont moins de 1 % de données manquantes.

3.3. Représentativité des données

Pour vérifier la représentativité des données, nous avons comparé nos résultats aux statistiques du PMSI de 2015, en nous fondant sur les naissances vivantes ou les accouchements en France.

Pour la majorité des indicateurs comparés, les distributions sont très proches entre les résultats de l'ENP 2016 et les données du PMSI de 2015, tant en métropole que dans les DROM (Tableau 2 et Tableau 3). Une légère différence est observée pour le niveau de spécialisation de la maternité en métropole, et peut provenir de la fermeture de quelques maternités entre 2015 et 2016. Le taux de grossesse gémellaire, qui représente 1,8 % des accouchements dans l'ENP 2016, est également très voisin des données de l'état civil de 2015 (1,7 %) (INSEE).

3.4. Degré de précision des résultats

Les indicateurs et résultats présentés dans ce rapport sont issus d'un échantillon des naissances sur une semaine et non de la totalité des naissances en France, ils fluctuent à l'intérieur d'un intervalle de confiance dont les bornes sont les suivantes pour un risque d'erreur α à 5 % :

- Taux de 1 % : ± 0,2 %

  Exemples proches : déchirures périnéales sévères, intubation du nouveau-né à la naissance.
- Taux de 5 % : ± 0,4 %

  Exemples proches : assistance médicale à la procréation, prématurité chez les enfants vivants uniques.
- Taux de 10 % : ± 0,5 %

  Exemples proches : obésité (Indice de Masse Corporelle IMC ≥ 30), césarienne avant travail.

Taux de 20 % : ± 0,7 %

Exemples proches : hospitalisation pendant la grossesse, césarienne.

Dans ce rapport, les résultats descriptifs sur les naissances pour l'année 2016 sont systématiquement présentés avec leur intervalle de confiance (IC) à 95 %.

4. Présentation des résultats

Les résultats de l'ENP 2016 sont présentés en deux parties :

- Résultats sur les naissances en 2016 et leur évolution depuis 2010.
- Résultats sur les établissements en 2016 et leur évolution depuis 2010.

4.1. Résultats sur les naissances

La partie sur les naissances est divisée en cinq sections :

- La description des indicateurs de santé et de pratique recommandés en France métropolitaine et dans les DROM (Tableau 4 à Tableau 9).
- L'évolution des caractéristiques des femmes, des pratiques médicales et de la santé entre 2010 et 2016 en métropole (Tableau 10 à Tableau 47).
- La description de deux populations particulières en métropole : grossesses gémellaires, femmes en situation précaire (Tableau 48 à Tableau 53).
- Une présentation par grandes régions des principaux indicateurs décrivant les facteurs de risque, la prise en charge médicale et la santé (Tableau 54 à Tableau 71).
- Les caractéristiques des femmes, des pratiques médicales et de la santé en 2016 dans les cinq DROM et leur comparaison avec la métropole (Tableau 72 à Tableau 82).

L'annexe 1 présente l'évolution des caractéristiques des femmes, des pratiques médicales et de la santé entre 2010 et 2016 en Guadeloupe, en Guyane et à La Réunion[1].

Pour étudier l'évolution récente des indicateurs, nous avons comparé les données de l'ENP 2016 aux données de l'ENP de 2010 (Blondel et al., 2012). Dans le contenu de ce rapport, nous faisons également référence aux résultats des enquêtes antérieures pour resituer l'évolution dans un contexte plus large. L'échantillon de 2010 comprenait 14 681 femmes et 14 903 naissances en métropole. Les enquêtes suivaient un même protocole, en dehors des points suivants :

- Pour les femmes mineures et en cas de mort-né ou d'IMG : possibilité d'un recueil complet des données en 2010 et recueil uniquement de treize indicateurs clés à partir du dossier médical en 2016 ;
- Formulation différente de certaines questions entre les deux enquête, en particulier pour faciliter la compréhension des questions par les femmes et améliorer la précision des informations obtenues ;
- Modes de recueil différents pour les questions portant sur la consommation de cannabis : questions posées aux femmes lors de l'entretien en 2010 et recueil par le biais d'un questionnaire auto-administré en 2016.

Ces différences sont expliquées par des notes dans les tableaux. Par ailleurs, le questionnaire de 2016 aborde de nouveaux thèmes et, dans plusieurs tableaux, les résultats ne portent que sur l'année 2016.

Sauf mention contraire, l'ensemble des résultats ci-après sont présentés pour les naissances vivantes et chez les mères majeures (18 ans ou plus). Le protocole de 2016 ne prévoyant qu'un recueil

[1] En 2010, la Martinique n'avait pas participé à l'enquête par manque de personnel pour gérer la coordination de l'enquête au niveau du département et Mayotte n'était pas encore un DROM.

minimal d'informations pour les femmes mineures, ayant eu une IMG ou un enfant mort-né, cette sélection permet d'avoir des populations comparables entre 2010 et 2016 ; les chiffres présentés pour 2010 peuvent donc légèrement différer de ceux présentés dans des publications antérieures.

Pour chaque item, nous présentons l'effectif et son intervalle de confiance en 2016, et le pourcentage correspondant en 2010. Un test de comparaison des distributions a été réalisé pour tester les différences entre 2010 et 2016. En raison de la taille des échantillons et du nombre de tests effectués, les différences ont été considérées comme significatives à un risque supérieur à 1 / 1 000 ($p < 10^{-3}$), sauf pour les comparaisons régionales (Tableau 54 à Tableau 71), où le seuil retenu était de 5 / 100 ($p < 0{,}05$).

4.2. Résultats sur les maternités

La partie sur les établissements est divisée en trois sections qui, chacune, présente les résultats en France en 2016 et leur évolution en métropole depuis 2010.

La première section décrit l'évolution de l'offre de soins selon le type d'autorisation, la taille et le statut public ou privé des maternités. La taille des maternités est calculée à partir du nombre d'accouchements de l'année 2015, le statut « public » regroupe dans cette section les maternités publiques et les maternités des établissements privés d'intérêt collectif (ESPIC). Les données de la statistique annuelle des établissements de santé (SAE) et du programme de médicalisation des systèmes d'information (PMSI) ont permis de valider et compléter les données, y compris pour les maternités n'ayant pas retourné leur questionnaire « établissement ». L'intégration des maternités non répondantes dans cette section permet une description exhaustive de l'offre de soin mais peut expliquer de légères différences d'effectifs dans les tableaux. L'organisation en réseau est également abordée ainsi que les distances entre les établissements. Le distancier Métric (Mesure des Trajets inter-Communes/Carreaux) de l'Insee a été utilisé pour les calculs des distances et des temps de parcours routiers (heures creuses [HC] et heures pleines [HP]) entre les centres des communes d'implantation de deux maternités (les arrondissements pour Paris, Lyon et Marseille).

Cette approche ne prend donc pas en compte la possibilité de transports héliportés, ni l'implantation exacte des maternités dans les communes. La distance entre deux maternités implantées dans la même commune est considérée comme nulle. Pour chaque maternité, la « maternité la plus proche » est déterminée à partir des temps de parcours en heures creuses (HP). Les temps de trajets HP sont mentionnés entre parenthèses.

La deuxième section porte sur les équipements, en locaux et personnels, dont disposent les établissements, en détaillant plus particulièrement ceux concernant la sécurité des soins. Certains points concernant les pratiques qui concourent à renforcer la sécurité de la prise en charge sont également décrits dans cette partie.

La troisième section aborde plus globalement les parcours de soins, sous l'angle des pratiques mises en place par les établissements depuis le suivi prénatal jusqu'à la sortie de la maternité. Les modalités de prise en charge des populations vulnérables, point sur lequel les établissements étaient plus particulièrement interrogés en 2016, sont également présentées.

Dans le texte, les résultats sont détaillés en fonction du type, de la taille et du statut des maternités. Pour chaque sujet abordé, des tableaux présentent la situation selon le type d'autorisation et selon la taille des maternités en 2016 (deux tableaux), ainsi qu'en 2010 (deux tableaux supplémentaires) pour les sujets communs aux deux enquêtes.

PARTIE 2 - RÉSULTATS SUR LES NAISSANCES

1. Description des indicateurs périnatals recommandés

Les tableaux 4 à 9 présentent les indicateurs recommandés au niveau européen pour décrire les caractéristiques des mères, l'état de santé des enfants et les pratiques médicales au moment de la naissance (EUROPERISTAT, 2013). Les résultats sont présentés pour l'ensemble des femmes et des naissances incluses dans l'enquête, y compris pour les naissances d'enfants mort-nés, les femmes mineures et celles n'ayant pas souhaité participer (données du questionnaire minimal).

L'Annexe 1 présente les indicateurs recommandés pour l'ensemble de la France (métropole et DROM réunis).

1.1. Indicateurs en métropole

Un tiers des femmes avaient entre 30 et 34 ans au moment de l'accouchement, 4,1 % avaient 40 ans ou plus et 2,0 % avaient moins de 20 ans. Il s'agissait du premier accouchement pour environ 42 % d'entre elles et du second pour 35,4 %. Environ 11 % des femmes avaient un antécédent de césarienne (Tableau 4). Les grossesses gémellaires représentaient 1,8 % des accouchements (Tableau 5).

Pour 68,1 % des femmes, le début de travail a été spontané, pour 22,6 % déclenché, et 9,3 % ont eu une césarienne avant travail ; 67,7 % des naissances ont eu lieu par voie basse non instrumentale, 12,1 % par voie basse instrumentale et 20,2 % par césarienne. Environ 5 % des nouveau-nés étaient en présentation du siège.

Les accouchements ont le plus souvent eu lieu dans une maternité publique et spécialisée de type II ou III. Près des trois quarts des femmes ont ainsi accouché dans une maternité publique ou privée d'intérêt collectif (ESPIC) et dans une maternité de type II ou III (Tableau 5).

Concernant les nouveau-nés, 8,3 % d'entre eux sont nés prématurément avant 37 SA et 8,2 % pesaient moins de 2 500 grammes à la naissance (enfants nés vivants ou mort-nés, grossesses uniques et multiples) (Tableau 6). Les enfants mort-nés représentaient 1,0 % de l'ensemble des naissances de l'échantillon ; près de 42 % de ces naissances d'enfants mort-nés faisaient suite à des IMG. 1,2 % des enfants avaient un score d'Apgar inférieur à 7 à cinq minutes de vie et 10,4 % des enfants ont été transférés dans un service particulier en dehors du service de suites de couches pour une raison médicale. La proportion d'enfants allaités durant le séjour à la maternité, de façon exclusive ou mixte, était de 66,5 %.

1.2. Indicateurs dans les DROM

Près de 9 % des femmes avaient moins de 20 ans au moment de l'accouchement et au total 57,2 % des femmes avaient moins de 30 ans. Il s'agissait du premier accouchement pour près de 32 % des femmes et 42 % accouchaient pour la troisième fois ou plus. Environ 13 % des femmes avaient un antécédent de césarienne (Tableau 7). Les grossesses gémellaires représentaient 1,5 % des accouchements (Tableau 8).

Pour 71,7 % des femmes le début de travail a été spontané, pour 19,5 % déclenché et 8,8 % des femmes ont eu une césarienne avant travail ; 71,9 % des naissances ont eu lieu par voie basse non instrumentale, 7,1 % par voie basse instrumentale et 21,0 % par césarienne. Environ 3 % des nouveau-nés étaient en présentation du siège.

Les accouchements ont le plus souvent eu lieu dans une maternité publique (80,2 % en secteur public ou en ESPIC) et spécialisée (Tableau 8).

Concernant les nouveau-nés, 12,4 % d'entre eux sont nés prématurément avant 37 SA et près de 13 % pesaient moins de 2 500 grammes à la naissance (enfants nés vivants ou mort-nés, grossesses uniques et multiples) (Tableau 9). Les enfants mort-nés représentaient 0,9 % de l'ensemble des naissances. 1,1 % des enfants avaient un score d'Apgar inférieur à 7 à cinq minutes de vie et près de 14 % des enfants ont été transférés dans un service extérieur à la maternité pour une raison médicale. La proportion d'enfants allaités durant le séjour à la maternité, de façon exclusive ou mixte, était de 83,1 %.

2. Description et évolution depuis 2010 en métropole

2.1. Caractéristiques sociodémographiques des femmes

Entre 2010 et 2016, la part des accouchements chez les femmes âgées de 35 ans ou plus a augmenté, passant de 19,3 % à 21,3 % (Tableau 10). Cette tendance s'inscrit dans une évolution de long terme, car l'âge des mères au moment de l'accouchement augmente de manière continue depuis le début des années 1980 dans les statistiques de l'état civil ; les données de l'INSEE[2] montrent en effet que l'âge moyen des mères (pour les naissances vivantes) est passé de 26,5 ans en 1977 à 29,5 ans en 2003, 29,9 ans en 2010 et 30,4 ans en 2016.

Le nombre d'accouchements antérieurs (parité) est resté stable entre les deux enquêtes et n'a pas évolué de manière significative depuis 1981, malgré l'augmentation de l'âge des mères au moment

[2] Age moyen des mères à l'accouchement ; https://www.insee.fr/fr/statistiques/2381390

de la naissance. 42,2 % des femmes accouchaient pour la première fois et 35,6 % pour la deuxième fois (Tableau 10). La part des femmes accouchant pour la quatrième fois ou plus est faible (7,9 %).

La proportion de femmes mariées ou pacsées au moment de la naissance de leur enfant atteignait 58,7 % en 2016. La proportion de femmes mariées a diminué de manière importante entre 2010 et 2016, passant de 47,5 % à 40,6 % (Tableau 10). Cette baisse de la part des naissances chez des femmes mariées s'observe depuis près de 30 ans ; ainsi en 1980, 88,6 % des femmes étaient mariées au moment de la naissance selon les données de l'état civil. La grande majorité des femmes déclarent vivre en couple dans le même logement que leur partenaire (91,6 %). La part des femmes vivant seule a diminué entre 2010 et 2016, passant de 7,0 % à 5,2 % ; cela pourrait être en partie expliqué par la formulation différente des questions entre les deux enquêtes : en 2010, certaines femmes en couple mais ne partageant pas le même logement que leur partenaire pourraient avoir déclaré ne pas vivre en couple. La proportion de femmes sans logement personnel au troisième trimestre de la grossesse est stable depuis 2010 (environ 6 %).

La part des femmes de nationalité étrangère accouchant en France n'a pas augmenté de manière significative entre 2010 et 2016, où 14,1 % des femmes ne sont pas de nationalité française (Tableau 11). Le principal groupe de femmes étrangères en 2016 est composé des femmes d'Afrique du Nord (5,0 %, de même qu'en 2010), puis des femmes d'autres pays d'Afrique et d'Europe (3,5 % des femmes dans chacun de ces deux groupes). Au total, 18,6 % des femmes sont nées hors de France et les principaux pays d'origine sont les pays d'Afrique du Nord, comme en 2010. Parmi les femmes nées à l'étranger et résidant en France au moment de la naissance de l'enfant, la part de celles arrivées en France dans l'année précédant leur accouchement a augmenté entre 2010 et 2016, passant de 9,3 % à 11,5 %.

Le niveau d'études des femmes continue d'augmenter : la part des femmes ayant suivi des études au-delà du baccalauréat est passée de 42,8 % en 2003 à 52,1 % en 2010 et est actuellement de 55,4 % (Tableau 11). L'augmentation est particulièrement forte chez les femmes ayant un niveau d'études supérieur ou équivalent à bac + 5, dont la part est passée de 12,9 % à 17,9 % entre 2010 et 2016. Ceci est le résultat de l'allongement des études chez l'ensemble des jeunes depuis plusieurs décennies, particulièrement sensible chez les femmes (Rosenwald, 2006).

En 2016, 68,1 % des femmes avaient un emploi à la fin de leur grossesse (Tableau 12). En très nette hausse entre 1998 et 2010, période durant laquelle il était passé de 61,3 % à 70,2 %, ce taux a diminué depuis. Une hausse du pourcentage de femmes au chômage est également observée, atteignant 16,8 % en 2016 contre 12,8 % en 2010. Au total, la part des femmes actives (occupées ou non) dans notre enquête est de 84,9 %, soit proche du taux de 83,3 % estimé par l'Enquête Emploi 2015 de l'INSEE dans la population des femmes de 25 à 49 ans.

En revanche, le taux de chômage est plus élevé dans notre population que parmi les femmes de 25-49 ans, où il atteignait 9,1 % en 2015 (INSEE, enquêtes emploi). Cette différence peut s'expliquer par la grossesse, en raison de difficultés à trouver ou conserver un emploi durant cette période.

La part des femmes ayant exercé un emploi durant leur grossesse, même pour une courte période, est stable : en 2016, 70,8 % des femmes ont travaillé durant leur grossesse. Par ailleurs, 78,5 % des femmes qui ont travaillé pendant leur grossesse travaillaient à temps plein.

La part des femmes qui ont exercé un emploi pendant la grossesse est plus élevée que celle ayant un emploi en fin de grossesse ; cela peut s'expliquer par une instabilité de la situation vis-à-vis de l'emploi durant la grossesse. Il est également possible que les femmes ayant prévu un congé parental d'éducation à l'issue de la grossesse se déclarent sans emploi au moment de l'entretien : pour limiter cet effet, les femmes étaient interrogées sur leur statut professionnel en fin de grossesse, plutôt que sur leur statut à la naissance du nouveau-né.

Parmi les femmes ayant un emploi en fin de grossesse, les professions les plus souvent occupées sont les professions intermédiaires, pour 40,3 % des femmes, et celles d'employées pour 29,3 % d'entre elles (Tableau 12). En 2016, un classement automatique du libellé des professions selon la nomenclature des professions et catégories socioprofessionnelles (PCS) a été effectué par l'intermédiaire du logiciel *Sicore*[3] de l'INSEE. La distribution des PCS n'est pas comparable à celle de 2010, où un recodage manuel avait été effectué avant les analyses, et les résultats pour l'enquête précédente ne sont pas présentés.

Concernant l'âge gestationnel à l'arrêt de l'activité professionnelle, sans reprise du travail jusqu'à l'accouchement, peu de changements sont observés entre les deux enquêtes ; en 2016, 72,1 % des femmes ont cessé de travailler à 32 SA ou avant, et 9,9 % se sont arrêtées de travailler précocement au premier trimestre de la grossesse (avant 15 SA).

En 2016, 87,9 % des femmes ont déclaré que leur partenaire exerçait un emploi au moment de la naissance de l'enfant (Tableau 13) ; ceci s'inscrit dans une tendance à la diminution de l'activité professionnelle des partenaires puisque ce pourcentage était de 90,6 % en 2003 et de 88,7 % en 2010. En parallèle, la proportion des partenaires au chômage est passée de 8,7 % à 9,9 % entre 2010 et 2016. Cette augmentation est également observée parmi l'ensemble des hommes de 25-49 ans, puisque le taux de chômage estimé par l'INSEE[4] est passé de 6,5 % en 2010 à 9,6 % en 2015. Les partenaires appartenaient le plus souvent à la catégorie des professions intermédiaires (25,2 %) et à celles des ouvriers qualifiés (23,6 %).

[3] *Sicore* : système informatisé de codage des réponses aux enquêtes.
[4] Activité, emploi et chômage en 2016 - Enquête emploi en continu : https://www.insee.fr

Les ressources des femmes ont été décrites au niveau du ménage, c'est-à-dire en tenant compte des ressources de l'ensemble des personnes qui partageaient le même logement qu'elles. Elles comprennent les revenus provenant d'une activité professionnelle (salaire, honoraires, etc.), l'allocation d'aide au retour à l'emploi (ARE) (ou allocation chômage), la prime d'activité et le Revenu de Solidarité Active (RSA) avant 2016, et d'autres aides (allocation aux adultes handicapés, aides familiales ou associatives etc.). Les prestations familiales pour les enfants ou pour le logement ou encore la prestation d'accueil du jeune enfant n'étaient pas comptabilisées dans ces autres sources de revenu. Au total, 15,1 % des ménages ont perçu une ARE, 9,9 % le RSA ou la prime d'activité (mais pas d'allocation chômage), et 71,8 % ont eu des ressources issues d'un travail, à l'exclusion des autres sources de revenus ci-dessus (Tableau 14). Il n'est pas possible de mettre exactement en rapport les sources de revenu et la situation professionnelle et matrimoniale des femmes, car les données sur les ressources reçues portent sur toute la grossesse, alors qu'on ne connaît la situation socio-professionnelle des deux membres du couple qu'au moment de la naissance de l'enfant.

La comparaison 2010-2016 de la part des ménages ayant perçu une allocation chômage ou la prime d'activité pendant au moins une partie de la grossesse est difficile car les critères d'éligibilité au versement de la prime d'activité (2016) sont légèrement différents de ceux du versement du RSA (2010).

Concernant le niveau de revenu des ménages, l'enquête met en évidence que la part des très faibles revenus, de moins de 1 000 € mensuels, n'a pas changé entre 2010 et 2016. À partir du seuil de 1 000 € mensuels, on observe en revanche un décalage de la distribution vers des revenus plus élevés, et notamment une augmentation relativement importante de la proportion des ménages ayant des revenus compris entre 3 000 et 3 999 € par mois (passée de 20,9 % à 23,4 %) ou supérieurs à 4 000 € par mois (passée de 13,8 % à 18,1 %), probablement en raison de l'augmentation des salaires nets perçus par les ménages au cours du temps (Tableaux de l'économie française, INSEE).

La couverture sociale des femmes au début de la grossesse est restée relativement stable : la part des femmes n'ayant pas de couverture sociale en début de grossesse (1,4 %) n'a pas augmenté de manière significative entre les deux enquêtes, ni la part des femmes bénéficiaires de l'Aide médicale d'État (AME) ou de la Couverture maladie universelle (CMU) qui sont respectivement de 1,1 % et 11,7 % (Tableau 14). La plupart des femmes ont une couverture maladie complémentaire : pour 82,1 % des femmes, il s'agit d'une mutuelle ou d'une assurance privée et pour 9,2 % de la CMU complémentaire.

Une description des caractéristiques des femmes en situation précaire[5], de leur état de santé, et de leur prise en charge durant la grossesse est présentée dans les tableaux 48 à 50.

2.2. Contexte de la grossesse

La plupart des femmes ont déjà utilisé une méthode de contraception avant la grossesse sur laquelle porte l'enquête. Cette proportion est restée inchangée depuis 2010, égale à 91,7 % en 2016 (Tableau 15). Bien que la pilule reste la principale méthode de contraception utilisée avant la grossesse, son usage a nettement diminué entre 2010 et 2016, passant de 73,8 % de femmes utilisatrices d'une contraception orale à 62,8 %. Cette baisse est compensée par l'adoption d'autres méthodes hormonales et non hormonales, comme le dispositif intra-utérin (DIU) (dont la part augmente de 4 points de pourcentage) ou encore l'implant, le patch ou l'anneau vaginal (2,3 points en plus). Le recours au préservatif masculin est également plus fréquent (2,9 points en plus), ainsi que l'utilisation de méthodes « naturelles » de régulation des naissances (retrait et abstinence périodique, 1,9 points en plus).

La diminution du recours à la pilule est observée en France chez l'ensemble des femmes depuis le début des années 2000, bien avant le débat médiatique de 2012 autour des pilules contraceptives de 3e et 4e génération (Bajos et al., 2012 ; Bajos et al., 2014). D'après l'étude FECOND, ces débats n'auraient pas entraîné une désaffection des femmes vis-à-vis de la contraception mais un changement dans les méthodes utilisées, selon les mêmes tendances que celles rapportées dans notre enquête (augmentation du recours au DIU, au préservatif et aux méthodes « naturelles » de régulation des naissances) (Bajos et al., 2014). L'évolution observée pourrait également résulter des recommandations de la Haute Autorité de santé (HAS) de 2013 qui conseillent aux professionnels de santé de chercher avec la femme la méthode de contraception qui convienne le mieux à sa situation personnelle (HAS, 2013) (INPES, 2013).

La majeure partie des femmes (78,1 %) ont arrêté leur contraception dans le but d'avoir un enfant mais ce pourcentage a diminué entre 2010 et 2016, alors que la part des accouchements faisant suite à une grossesse sous contraception a augmenté, passant de 7,4 % à 9,3 % (Tableau 15). Parmi les femmes ayant déclaré avoir arrêté leur contraception pour un autre motif (12,6 %), la contraception utilisée pouvait être jugée non adaptée pour près de 66 % des femmes (contre-indication médicale, difficultés d'observance, mauvaise tolérance).

Pour cette grossesse, 6,9 % des femmes ont eu recours à un traitement de l'infertilité, contre 5,7 % en 2010 (Tableau 15). Le traitement le plus souvent utilisé est une fécondation *in vitro* ou un

[5] Femme et/ou son partenaire sans emploi en fin de grossesse.

transfert d'embryon (3,3 % des accouchements). Le pourcentage de femmes ayant eu une fécondation in vitro ou une insémination artificielle est un peu plus élevé dans notre enquête (4,3 % des femmes) que dans les statistiques de l'Agence de biomédecine[6] en 2015 (3,1 % des naissances). Cela pourrait s'expliquer par des différences dans les méthodes d'estimation, ou par la taille de notre échantillon.

Seulement 35,3 % des femmes rapportaient avoir consulté un médecin ou une sage-femme en prévision de leur grossesse (Tableau 15), alors qu'une consultation pré-conceptionnelle est conseillée depuis 2009 pour toutes les femmes désirant une grossesse (HAS, 2009).

À la découverte de la grossesse, la plupart des femmes déclarent avoir été « *heureuses d'être enceintes maintenant* » (72,5 % des femmes) (Tableau 16). Cependant le pourcentage de femmes qui auraient souhaité être enceintes plus tard a légèrement augmenté entre 2010 et 2016, passant de 10,3 % à 12,2 %.

Sur le plan psychologique, 89,9 % des femmes se sont senties bien ou assez bien durant leur grossesse (Tableau 16). Ces réponses ont peu changé par rapport à 2010. Parmi les femmes ayant répondu au questionnaire auto-administré, un peu moins d'un quart (23,6 %) d'entre elles ont déclaré qu'il leur était arrivé de vivre au cours de leur grossesse « une période d'au moins deux semaines consécutives pendant laquelle elles se sentaient tristes, déprimées, sans espoir » et 18,2 % ont connu « une période d'au moins deux semaines pendant laquelle elles avaient perdu intérêt pour la plupart des choses comme les loisirs, le travail ou les activités qui leur donnent habituellement du plaisir ». Au total 29,6 % des femmes ont déclaré l'un ou l'autre de ces symptômes. Ces deux items correspondent aux symptômes principaux des troubles dépressifs selon le DSM (Manuel Diagnostic des Troubles Mentaux). Dans l'enquête Anadep, réalisée en 2005 en population générale et utilisant ces mêmes questions, 54,5 % des femmes de 15 à 75 ans déclaraient l'un ou l'autre de ces deux symptômes au cours de l'année écoulée (Chan Chee et al., 2009). Les différences observées entre les deux enquêtes sont difficiles à interpréter en raison des différences dans le type de population interrogée et du contexte particulier de la grossesse.

La part des femmes déclarant avoir consulté un professionnel pour des difficultés psychologiques durant leur grossesse est faible, compte tenu de la situation précédemment décrite, mais elle a augmenté depuis 2010, de 4,8 % à 6,4 % ; ces femmes ont consulté le plus souvent un psychologue ou un psychothérapeute (Tableau 16). Une étude réalisée à partir des données de l'ENP 2010 rapportait une association forte entre un niveau socio-économique élevé des femmes et une plus forte probabilité de consulter un professionnel de santé pour des difficultés psychologiques (Ibanez

[6] https://www.agence-biomedecine.fr

et al., 2015). Pour autant, les femmes en situation sociale défavorisée ont un risque accru de mal-être psychologique durant la grossesse.

Parmi les répondantes au questionnaire auto-administré, 1,7 % rapportent avoir subi des violences physiques durant la grossesse (Tableau 16). L'auteur et le contexte des violences ne sont pas connus, et leur fréquence est probablement sous-estimée dans notre enquête. Une seule question sur les violences physiques était posée et le questionnaire n'était pas conçu pour faire émerger progressivement des situations de violence et favoriser la remémoration d'événements survenus dans les premiers mois de grossesse. De plus, les modalités de recueil ont pu avoir un effet : il était demandé à l'enquêteur de ne pas distribuer le questionnaire-auto administré à la femme, si elle n'était pas en mesure de le remplir seule, ou s'il y avait une tierce personne dans la chambre. En population, les résultats de l'étude ENVEFF, conduite en 2000, montraient que 4 % des femmes de 20 - 59 ans interrogées avaient subi au moins un acte d'agression physique (coups, brutalités physiques, menaces avec une arme) au cours des douze mois précédant l'enquête, dont 2 % à plusieurs reprises (Jaspard, 2001). L'étude « Cadre de vie et sécurité » réalisée par l'INSEE rapportait un taux de 4,7 % dans les deux ans précédant l'enquête chez les femmes de 18 à 75 ans (Morin et al., 2013).

L'augmentation de l'indice de masse corporelle observée entre 2003 et 2010 se poursuit. La part des femmes en surpoids et celle des femmes obèses ont augmenté de manière significative entre les deux enquêtes, passant respectivement de 17,4 % à 20,0 % pour les femmes ayant un IMC entre 25 et 29,9 et de 9,9 % à 11,8 % pour celles ayant un IMC égal ou supérieur à 30 (Tableau 17). La prise de poids pendant la grossesse a légèrement diminué entre les deux enquêtes et est d'environ 13 kg.

En 2016, 30,0 % des femmes interrogées ont déclaré avoir fumé juste avant leur grossesse et cette prévalence n'a pas diminué depuis 2010, alors que la tendance était à la baisse depuis 2003 (Lelong et al., 2011 ; Blondel et al., 2012) (Tableau 18). Globalement, cette consommation de tabac est voisine de celle observée en population chez les femmes âgées de 15 à 75 ans, d'après les données du Baromètre Santé 2016 (Pasquereau et al., 2017). Au total, en 2016, 16,5 % des femmes fumaient au moins une cigarette par jour au troisième trimestre de leur grossesse.

La récente hausse des prix du tabac, les nombreuses campagnes d'information ou encore le triplement du forfait mis en place par l'Assurance maladie pour le remboursement des substituts nicotiniques chez la femme enceinte (septembre 2011) ne semblent ainsi pas avoir eu d'effet sur la consommation de tabac durant la grossesse. À noter que d'autres mesures annoncées en septembre 2014 dans le programme national de réduction du tabagisme n'étaient pas encore en vigueur au moment de la réalisation de l'enquête (paquet de cigarettes neutre, implication plus importante des

professionnels dans la lutte contre le tabagisme, amélioration du remboursement des substituts nicotiniques, élargissement de l'éventail des professionnels pouvant intervenir dans la prise en charge de l'arrêt du tabac etc.). Les données de notre enquête montrent également que si les professionnels de santé portent une certaine attention au tabagisme pendant la grossesse, près de 80 % des femmes rapportant avoir été interrogées sur leur consommation de tabac durant la grossesse, ils sont peu nombreux à donner des conseils aux fumeuses pour l'arrêt du tabac ; en effet, seulement 46,3 % des femmes ayant fumé à un moment quelconque de leur grossesse disent avoir reçu des conseils sur l'arrêt du tabac (Tableau 19).

Alors que la toxicité de la consommation d'alcool durant la grossesse est bien établie, particulièrement pour les fortes doses (syndrome d'alcoolisation fœtale, augmentation du risque de mortinatalité) (Saurel-Cubizolles et al., 2013), les professionnels de santé semblent prêter moins d'attention à la consommation d'alcool qu'à celle de tabac, puisque 67,1 % femmes déclarent avoir été interrogées sur leur consommation d'alcool pendant la grossesse (Tableau 19), et que moins d'un tiers disent avoir reçu la recommandation de ne pas consommer d'alcool pendant leur grossesse.

Le cannabis représente la principale drogue illicite consommée en France (Beck et al., 2015) ; dans notre enquête, 2,1 % des femmes ayant répondu au questionnaire auto-administré ont déclaré qu'il leur était arrivé de consommer du cannabis pendant leur grossesse (Tableau 18). À titre de comparaison, en France, 9,0 % des femmes de 26 - 34 ans et 4,0 % des 35 - 44 ans avaient déclaré avoir consommé du cannabis au moins une fois dans l'année en 2014 et 2016 (Beck et al., 2015 ; Beck et al., 2017). Il est difficile de comparer la fréquence des consommatrices de cannabis durant la grossesse entre 2010 et 2016, le mode de recueil de l'information ayant changé entre les deux enquêtes : en 2010, la question était posée aux femmes lors de l'entretien, pouvant être à l'origine d'une sous-déclaration de la consommation, dans la mesure où la consommation de drogue est formellement déconseillée pendant la grossesse et que l'enquête avait lieu en milieu médical.

2.3. Surveillance prénatale et mesures de prévention

Seules 0,6 % des femmes n'ont pas déclaré leur grossesse et ce pourcentage est stable depuis 1998 (Tableau 20). Alors qu'une hausse des déclarations tardives (deuxième et troisième trimestre) avait été observée entre 2003 et 2010, cette fréquence n'a pas augmenté en 2016, où 7,3 % des femmes étaient concernées (6,2 % ayant déclaré leur grossesse au deuxième trimestre et 1,1 % au troisième trimestre). Près de 38 % des déclarations tardives peuvent être expliquées par une découverte tardive de la grossesse, et 13,4 % par le fait que les femmes ne savaient pas que la déclaration devait être réalisée au premier trimestre de la grossesse. Les difficultés pour obtenir un rendez-vous durant la période estivale, alors que les femmes étaient dans leur premier trimestre de grossesse,

expliquent peu les déclarations tardives car seulement 5,6 % des femmes ont signalé avoir déclaré leur grossesse tardivement du fait d'un délai d'attente long pour obtenir un rendez-vous.

Dans près de la moitié des cas (52,1 %) la déclaration de grossesse a été effectuée par un gynécologue-obstétricien en ville, et pour 18,5 % des femmes par un généraliste. La part des déclarations de grossesse effectuées par une sage-femme a augmenté entre 2010 et 2016, de 1,1 % à 5,8 % pour les sages-femmes libérales et de 3,4 % à 7,4 % pour les sages-femmes en maternité.

Le Tableau 21 présente les différents professionnels de santé consultés par les femmes après la déclaration de grossesse, pour le suivi de leur grossesse. Un gynécologue-obstétricien en ville était consulté au moins une fois par 57,0 % des femmes et une sage-femme à la maternité par 40,7 % des femmes. La place prise par les médecins généralistes dans le suivi prénatal a diminué depuis 2010, 19,3 % des femmes ayant consulté un généraliste en 2016 contre 23,8 % en 2010, et la part des consultations auprès d'une sage-femme libérale a augmenté, passant de 16,0 % en 2010 à 25,2 % en 2016. Pour la moitié des grossesses, le principal responsable du suivi prénatal pendant les six premiers mois reste un gynécologue-obstétricien en ville, et pour respectivement 16,0 % et 14,8 % des grossesses, il s'agit d'un gynécologue-obstétricien et d'une sage-femme en maternité publique.

Ces résultats concernant les professionnels consultés pourraient s'expliquer par des changements dans l'organisation de la surveillance prénatale dans certaines maternités publiques, qui offrirait une plus grande place en 2016 qu'en 2010 au suivi prénatal par des sages-femmes, notamment par celles exerçant en libéral. Cela pourrait être particulièrement le cas pour les maternités spécialisées de grande taille qui manquent de professionnels de santé et veulent assurer en priorité le suivi des grossesses pathologiques au sein de leur service. Cette évolution pourrait s'expliquer également par la hausse du nombre de sages-femmes exerçant une activité libérale[7], par la meilleure visibilité de leurs compétences, et aussi par la diminution du nombre de gynécologues et obstétriciens dans certains départements.

Le nombre total de consultations prénatales n'a pas augmenté depuis 2010 (Tableau 22). Aujourd'hui, il est en moyenne de 10 et 45,6 % des femmes ont dix consultations ou plus durant leur grossesse. 93,7 % des femmes ont consulté au moins une fois l'équipe de la maternité dans laquelle elles avaient choisi d'accoucher. Environ 60 % des femmes se sont rendues au moins une fois aux urgences de la maternité durant leur grossesse, et 15 % au moins trois fois.

[7] La démographie des autres professions de santé (RPPS et ADELI) ; http://drees.solidarites-sante.gouv.fr/etudes-et-statistiques/open-data/professions-de-sante-et-du-social/la-demographie-des-professionnels-de-sante/la-demographie-des-autres-professions-de-sante-rpps-et-adeli/.

En France, en l'absence de complication suspectée ou avérée, trois échographies sont systématiquement proposées. Cependant, le nombre moyen d'échographies (donnant lieu ou non à la rédaction d'un compte rendu) était de 4,5 en 2003, 5,0 en 2010 et 5,5 en 2016 ; l'augmentation concerne surtout les suivis de six échographies ou plus, qui sont passés de 28,7 % en 2010 à 35,9 % en 2016 (Tableau 23).

Concernant le dépistage de la trisomie 21, en 2016, 87,0 % des femmes ont déclaré avoir eu une mesure échographique de la clarté nucale, et la part des femmes ne sachant pas si cette mesure avait été effectuée a diminué, passant de 9,4 % en 2010 à 6,9 % en 2016. La proportion des femmes ayant eu un dépistage sérique du risque de trisomie 21 (premier ou deuxième trimestre) a augmenté, de 84,2 % en 2010 à 88,2 % en 2016. Les femmes semblent beaucoup mieux informées qu'en 2010 sur la possibilité de réaliser cet examen de dépistage, seules 0,4 % des femmes ne sachant pas en 2016 si le dépistage avait été proposé ou réalisé, contre 2,7 % en 2010. Le motif le plus fréquemment mentionné pour l'absence de réalisation du dépistage est le refus de l'examen (4,9 % de l'ensemble des femmes), puis vient le fait que la consultation était trop tardive (2,1 %). La part des femmes ayant eu une amniocentèse a été divisée par deux entre les deux enquêtes, passant de 8,7 % à 3,6 %. Ceci s'explique par la diminution très forte des amniocentèses chez les femmes de 38 ans et plus, pratiquées pour 41,0 % d'entre elles en 2010 et pour 9,7 % en 2016, par un plus grand recours au dépistage sérique de trisomie 21, mais également, pour une faible partie, par la réalisation d'un dépistage prénatal non invasif, qui commençait à être proposé dans certaines maternités et par certains professionnels à l'été 2015.

La part des femmes ayant eu un dépistage du diabète gestationnel durant leur grossesse a fortement diminué depuis 2010 mais reste élevée : 73,2 % des femmes en 2016 contre 86,0 % en 2010 (Tableau 23). Cette évolution est cohérente avec les recommandations actuelles pour la pratique clinique, proposant non plus un dépistage en deux temps mais un dépistage ciblé en un temps chez les femmes présentant des facteurs de risque de diabète gestationnel : âge supérieur à 35 ans, surpoids, antécédent familial de diabète au premier degré, antécédent personnel de diabète gestationnel ou d'enfant macrosome (CNGOF, 2010). Ces résultats font toutefois penser que le dépistage est encore fréquemment réalisé chez des femmes ne correspondant pas à la population cible de ces recommandations.

Les recommandations émises dans le cadre du Plan Cancer 2009, renouvelées en 2014, comprennent la réalisation d'un frottis cervico-utérin tous les trois ans chez les femmes âgées de 25 à 65 ans, alors que le calendrier était tous les deux ans auparavant (HAS, 2010). En l'absence d'examen récent, la grossesse est l'occasion de réaliser un dépistage. La proportion de femmes qui

n'ont pas eu de dépistage (au cours de la grossesse ou auparavant) n'a pas changé entre 2010 et 2016, et se situe autour de 20 % (Tableau 23). De manière plus détaillée, la part des femmes ayant eu un dépistage avant la grossesse a augmenté, peut-être en raison de l'allongement de l'intervalle entre chaque examen, alors que la part des femmes qui ont eu cet examen pendant la grossesse a diminué. Il semble donc que la prise en charge médicale de la grossesse agit assez peu pour pallier le défaut de dépistage.

L'entretien prénatal précoce (EPP) a été mis en place en 2007 afin de repérer précocement les problématiques médico-psychosociales et de permettre aux couples d'exprimer leurs attentes et leurs besoins concernant la grossesse. Il est encore peu diffusé en 2016 : seules 28,5 % des femmes déclarent en en avoir eu un, contre 21,4 % en 2010 (Tableau 24), alors que 85 % des maternités déclarent qu'elles en organisent. Ce taux pourrait être sous-estimé si les femmes ne distinguent pas bien l'EPP des consultations prénatales ou du début des séances de préparation à la naissance et à la parentalité (PNP). L'EPP était plus souvent réalisé chez les primipares (39,5 %) que chez les multipares (20,5 %). Il est essentiellement réalisé par les sages-femmes en libéral ou à la maternité (respectivement pour 47,2 % et 42,7 % des femmes ayant eu un EPP). À titre de comparaison, en 2010, l'entretien était plus souvent réalisé par une sage-femme de la maternité que par une sage-femme libérale (50,3 % contre 35,3 %). L'entretien a souvent eu lieu au quatrième mois mais la moitié des entretiens ont cependant été réalisés plus tard (49,7 %). À l'issue de l'entretien, 14,6 % des femmes ont dit qu'elles avaient été orientées vers un professionnel pour des raisons particulières (difficultés sociales, difficultés psychologiques, tabagisme, etc.).

Les séances de préparation à la naissance et à la parentalité sont très suivies par les primipares (77,9 % d'entre elles) – beaucoup moins par les multipares (33,8 %) – et cette participation a augmenté entre 2010 et 2016, quelle que soit la parité des femmes (Tableau 24). Les trois quarts des femmes ayant suivi des séances de PNP ont eu entre 4 et 8 séances (37,2 % entre 4 et 6 séances et 38,9 % 7 ou 8 séances).

Pendant la grossesse, 18,4 % des femmes ont eu au moins une visite à domicile par une sage-femme : 12,7 % ont eu une ou des visites par une sage-femme libérale et 4,7 % par une sage-femme du service de PMI. Comme en 2010, cette distribution suggère qu'une large part des visites est effectuée pour assurer un suivi médical des femmes plutôt que pour offrir un soutien aux femmes les plus vulnérables (Tableau 25). Par ailleurs, 8,8 % des femmes ont signalé avoir eu un entretien avec un(e) assistant(e) de service social durant la grossesse.

Faisant suite au plan périnatalité 2005-2007, un carnet de maternité a été mis au point, donnant une large place à l'information à destination des femmes sur leurs droits et le déroulement de la

grossesse. La diffusion de ce carnet relève de la responsabilité du président du conseil départemental et est assurée par les services de PMI, et il est le plus souvent envoyé par voie postale. Comme en 2010, ce dernier est peu diffusé aux femmes, 40,5 % déclarant ne pas l'avoir reçu en 2016 (37,9 % en 2010) (Tableau 25).

Une prescription systématique de folates par voie orale est recommandée en prévention des anomalies de fermeture du tube neural (AFTN) (HAS, 2009). Cette prise d'acide folique représente l'unique mesure efficace dans la prévention de ces anomalies congénitales et doit débuter dès que la femme a un souhait de grossesse, au moins quatre semaines avant la conception, et se poursuivre jusqu'à la 12e semaine d'aménorrhée. La proportion de femmes ayant commencé à prendre de l'acide folique avant leur grossesse a très fortement augmenté entre 2010 et 2016, passant de 14,8 % à 23,2 % (Tableau 26). L'application de cette mesure de prévention reste toutefois limitée. Une étude réalisée à partir des données de l'ENP 2010 montrait que les femmes qui avaient dû consulter en prévision de leur grossesse, par exemple pour l'ablation d'un DIU ou d'un implant contraceptif, n'avaient pas beaucoup plus souvent reçu de l'acide folique avant leur grossesse que les autres femmes (Tort et al., 2013).

Malgré le nombre important de femmes en surpoids ou obèses ou ayant un diabète gestationnel, la part des femmes ayant eu une consultation ou une réunion d'information dédiée à la diététique est relativement faible (12,6 %) (Tableau 26).

Afin de protéger le nouveau-né de la coqueluche dans les premiers mois de vie et avant qu'il puisse être immunisé par la vaccination, il est recommandé de vacciner toute personne qui sera en contact avec lui (stratégie de « cocooning »), ainsi que les femmes avant le début de grossesse, si le dernier rappel vaccinal a été effectué il y a plus de 10 ans[8]. L'enquête de 2016 montre que les femmes sont nombreuses à ne pas connaître leur statut vaccinal pour la coqueluche dans les dix ans précédents l'entretien (28,0 %) ou à ne pas être à jour de leur vaccination (35,0 %) (Tableau 26). Ces résultats conduisent à réfléchir aux solutions pouvant être mises en place afin d'obtenir de manière systématique l'information sur le statut vaccinal, et à la conduite à tenir en l'absence d'information disponible. Dans d'autres pays, la vaccination contre la coqueluche est systématiquement proposée à l'ensemble des femmes enceintes, par exemple entre 16 et 32 semaines de grossesse en Angleterre (Publics Health England, 2016), entre 27 et 36 semaines aux États-Unis (CDC, 2016), ou encore, entre 24 et 32 semaines en Belgique depuis 2013 (Conseil supérieur de la santé, 2013).

[8] Avis du HCSP du 20 février 2014 relatif à la stratégie vaccinale contre la coqueluche chez l'adulte dans le cadre du cocooning et dans le cadre professionnel.
http://www.hcsp.fr/Explore.cgi/avisrapportsdomaine?clefr=4

En France, comme dans de nombreux pays, la vaccination contre la grippe saisonnière est recommandée chez les femmes enceintes quel que soit le trimestre de grossesse, et ceci depuis 2012 (HCSP, 2012). Prise en charge par l'Assurance maladie, cette vaccination permet de protéger les mères, pour lesquelles le risque d'hospitalisation pour complications au cours de la grippe est de deux à huit fois plus élevé que chez les femmes du même âge non enceintes, mais également leurs nouveau-nés pendant les six mois suivant leur naissance. En 2016, notre enquête montre que seules 7,4 % des femmes ont été vaccinées contre la grippe saisonnière. Le taux était d'environ 32 % la même année chez les 6 515 participants à l'étude Grippenet, mais cette population de personnes enquêtées par internet est très différente de celle de notre enquête. Lors de la pandémie de 2009, la couverture vaccinale des femmes enceintes contre la grippe A H1N1 était également faible (29,3 %), et 91,0 % des femmes non vaccinées n'avaient pas souhaité recevoir l'injection (Blondel et al., 2012). Les prescripteurs du vaccin ne correspondent pas tout à fait aux personnes ayant assuré le suivi prénatal : alors que seules 6,5 % des femmes ont cité leur généraliste comme étant le principal responsable du suivi de leur grossesse durant les six premiers mois, celui-ci a prescrit la vaccination antigrippale des femmes enceintes pour près d'un tiers des femmes vaccinées.

2.4. Antécédents, pathologies et complications de la grossesse

Moins de 1 % des femmes avaient un diabète préexistant à la grossesse, insulino ou non-insulino dépendant, et 1,8 % un antécédent de diabète gestationnel (contre 1,0 % d'entre elles en 2010) (Tableau 27). Par ailleurs, 23,7 % des femmes ont signalé à l'enquêteur un antécédent familial de diabète au premier degré (insulino- ou non-insulino dépendant ou diabète gestationnel). Moins de 1 % des femmes avaient une hypertension artérielle (HTA) chronique avant la grossesse et 1,3 % un antécédent d'HTA lors d'une grossesse antérieure.

Avant cette grossesse, 16,4 % des femmes avaient eu au moins une interruption volontaire de grossesse (IVG) (Tableau 27). Par ailleurs, 14,8 % des multipares ont eu au moins un antécédent obstétrical sévère, tel qu'une MFIU, un décès néonatal, un accouchement prématuré ou la naissance d'un nouveau-né hypotrophe (Tableau 28). Ce pourcentage est plus élevé qu'en 2010, où il était égal à 12,2 %, essentiellement en raison d'une augmentation des antécédents d'hypotrophie fœtale. La part des naissances de nouveau-nés de moins de 2 500 g n'ayant pas augmenté de manière significative entre 2010 et 2016, il est possible que ce résultat s'explique par une meilleure déclaration des cas dans les dossiers médicaux en 2016. La part des femmes ayant un antécédent de césarienne est la même qu'en 2010, égale à 19,8 %, et pourrait s'expliquer par une certaine

stabilisation du taux de césarienne chez les primipares et multipares dans les années antérieures (Blondel et al., 2012).

Le taux d'hospitalisation prénatale, stable depuis 2003, est de 18,1 % (Tableau 29) (Blondel et al., 2012). La tendance à des hospitalisations plus courtes se poursuit : la durée moyenne de l'hospitalisation est passée de 7,7 jours en 1998 à 7,1 jours en 2003, 6,4 jours en 2010 et 5,9 jours en 2016 (Blondel et al., 2012) (Blondel et al., 2005). La fréquence des transferts in utero est stable, à 1,7 %. Ceci ne représente qu'une partie des mouvements entre maternités : les femmes orientées vers une autre maternité pour une consultation ou un avis médical ne sont pas incluses. De plus, les femmes transférées puis revenues dans leur maternité d'origine après stabilisation de la pathologie ou diminution du risque (après une menace d'accouchement prématurée très précoce par exemple) peuvent ne pas avoir été comptabilisées.

Une corticothérapie anténatale à visée maturative fœtale a été administrée à 5,9 % des femmes (Tableau 29) ; ce traitement a concerné 90,2 % des enfants qui sont nés avant 34 semaines et qui devaient en recevoir, selon les recommandations du CNGOF de 2002, contre 77,4 % en 2010 (CNGOF, 2002).

Une menace d'accouchement prématuré ayant nécessité une hospitalisation est survenue chez 5,4 % des femmes, soit un taux très proche de celui rapporté en 2010. L'admission a eu lieu dans un peu plus de 40 % des cas à 32 SA ou plus tard, et dans 35,0 % des cas entre 28 et 31 SA (Tableau 29).

Une HTA a été diagnostiquée pendant la grossesse chez 4,3 % des femmes (HTA avec protéinurie pour 2,0 % des femmes) et ce taux est stable entre 2010 et 2016 (Tableau 30). Le diagnostic d'HTA, est principalement posé au 3e trimestre de la grossesse (41,5 % des femmes sont diagnostiquées entre 32 et 36 SA et 38,6 % à 37 SA ou après), et a conduit à une hospitalisation dans 58,8 % des cas.

Le diagnostic de diabète gestationnel a été plus souvent porté en 2016 qu'en 2010, respectivement chez 10,8 % et 7,2 % des femmes (Tableau 30). L'augmentation concernait à la fois les diabètes gestationnels sous régime et ceux sous insuline. Il est probable que cette augmentation soit en partie expliquée par l'augmentation de l'âge et de l'IMC maternel, mais peut-être également par les recommandations de 2010 relatives au dépistage du diabète gestationnel (CNGOF, 2010). Ces dernières recommandent l'abandon du dépistage en deux temps (Hyperglycémie provoquée orale – HGPO – à 50 g puis 100 g) et son remplacement par un dépistage ciblé en un temps en présence de facteurs de risque maternels (HGPO à 75 g). Adoptée dans d'autres pays, cette stratégie est critiquée, des données suggérant qu'elle augmenterait le nombre de faux positifs, non rattrapables car l'HGPO de contrôle à 100 g n'est plus proposée (Metzger et al., 2008 ; Cundy et al., 2014).

Un placenta prævia (associé ou non à des métrorragies) a été diagnostiqué chez 1,1 % des femmes. Ce résultat représente une première estimation en population générale en France.

Une anomalie de poids fœtal a été suspectée pendant la grossesse chez 5,4 % des nouveau-nés pour un retard de croissance ou un petit poids pour l'âge gestationnel et chez 4,9 % des enfants pour une macrosomie.

La fréquence des durées d'ouverture de l'œuf prolongées[9], de 48 heures ou plus, est faible, puisque 2,5 % des naissances sont concernées. La majorité des enfants (82,7 %) naissent dans les 12 heures suivant la rupture des membranes.

2.5. Travail et accouchement

Les caractéristiques du lieu d'accouchement ont beaucoup changé. Cette évolution fait suite à une concentration des naissances dans les maternités spécialisées de type II et III, publiques, et de grandes tailles, observée depuis une longue période (Blondel et al., 2005 ; Blondel et al., 2012). Entre 2010 et 2016, la proportion des accouchements dans les maternités privées est ainsi passée de 28,4 % à 23,4 %, et celle dans les Centres Hospitaliers Universitaires (CHU) de 17,7 % à 19,8 % (Tableau 31). Les accouchements sont également moins nombreux dans les maternités de type I. Par ailleurs, la proportion des accouchements dans les maternités de plus de 3 000 accouchements par an est passée de 18,7 % à 29,0 %. Ceci correspond à l'évolution de la structure des établissements décrite dans la partie de ce rapport sur les établissements d'accouchement.

Le temps parcouru par les femmes pour aller accoucher n'a en revanche pas changé depuis 2003. En 2016, 7,2 % des femmes ont déclaré avoir mis 45 minutes ou plus pour se rendre à la maternité. Entre 1998 et 2003, nous avions constaté que la diminution du nombre de maternités n'avait pas beaucoup affecté les distances parcourues pour aller accoucher, mais cela avait réduit de manière importante le nombre de maternités à proximité de la résidence des femmes, limitant ainsi leurs possibilités de choix (Combier et al., 2004 ; Pilkington et al., 2008 ; Pilkington et al., 2012).

La part des femmes qui ont eu un déclenchement du travail n'a pas augmenté entre 2010 et 2016 et est égale à 22,0 %, alors que cette pratique avait augmenté entre 2003 et 2010 (3 points de pourcentage de plus) (Tableau 32). En cas de déclenchement, dans près des deux tiers des cas, une méthode de maturation du col est employée. Les prostaglandines sont utilisées dans la plupart des cas pour la maturation cervicale (90,1 % des femmes ayant eu une maturation) et l'utilisation de

[9] Durée entre l'heure de rupture ou la fissuration des membranes et la naissance de l'enfant.

méthodes mécaniques, telles que les laminaires ou encore le ballonnet supra-cervical, est observée pour 8 % des maturations cervicales. La fréquence des césariennes réalisées avant travail (programmées ou non) a diminué, passant de 11,0 % en 2010 à 9,4 % en 2016 (Tableau 32).

La manière de prendre en charge le travail a beaucoup évolué entre 2010 et 2016. Chez les femmes en travail spontané ou ayant eu un déclenchement du travail, on assiste à une diminution importante de l'utilisation de l'oxytocine, de 64,1 % des femmes concernées en 2010 à 52,5 % en 2016 ; chez les femmes en travail spontané, ces taux sont passés de 57,6 % en 2010 à 44,3 % en 2016 (Tableau 32). Une diminution importante des ruptures artificielles des membranes (RAPDE) est également observée, de 51,1 % des femmes en travail spontané en 2010 à 41,4 % en 2016. Ces deux tendances sont complémentaires dans une perspective de diminution des interventions médicales réalisées durant le travail, et vont dans le sens des données scientifiques actuelles, qui recommandent de ne réaliser ces interventions qu'en cas de dystocie du travail (Dupont et al., 2017). De par leur fréquence, la pratique de ces deux interventions semble toutefois toujours s'étendre au-delà du diagnostic posé de dystocie, en 2010 comme en 2016.

Un recours moins fréquent à l'oxytocine est ainsi observé avant la diffusion des recommandations du Collège national des sages-femmes de France en 2017, en faveur d'une utilisation raisonnée de l'oxytocine durant le travail spontané. De tels changements amorcés avant la publication et la diffusion de recommandations avaient déjà été observés pour d'autres pratiques dans les années 2000. Par exemple, avant la mise en place des recommandations de 2005 (CNGOF, 2006), les taux d'épisiotomies avaient commencé à diminuer de manière significative dans quelques maternités ; cette diminution s'était ensuite poursuivie et étendue à l'échelle nationale (Blondel et al., 2012 ; Vendittelli et al., 2012). En fait, l'élaboration de recommandations se fait à l'issue d'un processus de remise en question des pratiques existantes à partir des nouvelles données scientifiques, par des groupes de professionnels reconnus comme des leaders d'opinion ; il peut donc se produire des changements de pratiques dans ces groupes avant la publication de nouvelles recommandations.

La part des naissances par voie basse non instrumentale est similaire à celle rapportée en 2010 (67,4 % des naissances en 2016) (Tableau 33). La ventouse représente en 2016, comme en 2010, le principal instrument utilisé par les obstétriciens en cas de réalisation d'une extraction instrumentale (49,8 % des naissances par voie basse instrumentale), devant les forceps et les spatules (respectivement 27,6 % et 22,6 % des naissances par voie basse instrumentale).

En 2016, près de 60 % des naissances sont réalisées par une sage-femme, soit une nette augmentation depuis 2010, où les sages-femmes ne réalisaient que 53,8 % des naissances (Tableau 33). Cette différence ne peut pas s'expliquer par des modifications des pratiques

médicales, car la part des accouchements par voie basse instrumentale ou celle des césariennes n'ont pas ou peu évolué entre les deux enquêtes. En cas de naissance par voie basse non instrumentale, la part des accouchements réalisés par une sage-femme est passée de 81,8 % des naissances en 2010 à 87,4 % en 2016 (Tableau 34). Cette variation s'explique notamment par une augmentation des accouchements par voie basse non instrumentale réalisés par une sage-femme dans le secteur privé (57,6 % des naissances en 2016 contre 45,4 % en 2010), en raison de changements dans l'organisation des soins dans ces maternités.

Parmi les femmes ayant accouché par voie basse, près de 89 % étaient en décubitus dorsal (allongées ou semi-allongées) au début des efforts expulsifs, et 8,4 % en décubitus latéral (deuxième position la plus fréquemment utilisée) (Tableau 34). Au moment de l'expulsion, 95,5 % des femmes étaient sur le dos. Chez les femmes ayant accouché par voie basse non instrumentale, la part de celles en décubitus dorsal au moment de l'expulsion est similaire, de 94,7 %.

La diminution de la fréquence des épisiotomies se poursuit et, en 2016, 34,9 % des primipares et 9,8 % des multipares ayant accouché par voie basse en ont eu une (Tableau 34). Cet acte a très nettement diminué au cours du temps, puisqu'il était réalisé en 1998 chez 71,3 % des primipares et 36,2 % des multipares, et en 2010 chez 44,8 % des primipares et 14,4 % des multipares (Blondel et al., 2012). Cette évolution fait suite à un consensus international sur l'absence de bénéfices d'une épisiotomie systématique dans la prévention des troubles périnéo-sphinctériens, et de la volonté des professionnels de répondre aux demandes des femmes (CNGOF, 2006). Elle ne s'accompagne pas d'une augmentation de la fréquence des lésions périnéales sévères (périnée complet ou complet compliqué).

La part des femmes ayant bénéficié d'une administration prophylactique d'oxytocine en prévention d'une hémorragie du post-partum (HPP) a augmenté, passant de 83,3 % en 2010 à 92,7 % en 2016 (Tableau 33). Ces résultats montrent que les recommandations pour la pratique clinique de 2004 (CNGOF), mises à jour en 2014, se sont généralisées (Sentilhes et al., 2014).

L'utilisation d'une analgésie locorégionale neuraxiale chez les femmes qui ont eu un travail spontané ou déclenché (tentative de voie basse) a augmenté entre 2010 et 2016 ; l'augmentation concerne uniquement l'analgésie péridurale (APD) (82,6 % des femmes ayant eu une tentative de voie basse, contre 78,1 % en 2010) (Tableau 35). La fréquence des rachianalgésies et rachianalgésie-péridurale combinées (RPC) est stable et très faible en cours de travail (elles concernent moins de 1 % des femmes ayant eu une tentative de voie basse).

Parmi les femmes qui ont eu une APD ou une RPC, un peu plus de la moitié ont pu utiliser une PCEA (*patient controlled epidural analgesia)* pour gérer elles-mêmes la douleur du travail. En 2010, la part des APD avec PCEA était moindre (35,6 %) mais cette fréquence a pu être sous-estimée : l'information était recueillie dans le dossier médical de la patiente et pouvait ne pas être toujours renseignée, alors qu'en 2016 la question était directement posée aux femmes. L'augmentation du recours à la PCEA en cas d'APD présente de nombreux avantages : la PCEA permet de réduire la consommation d'anesthésiques locaux et donc la survenue de bloc moteur, réduit le nombre de bolus complémentaires administrés en raison d'une analgésie insuffisante et entraîne une diminution du nombre d'interventions humaines, et la satisfaction maternelle est importante (van der Vyver et al., 2002).

En 2016, plus de 35 % des femmes ont rapporté avoir utilisé une méthode non médicamenteuse pour gérer la douleur durant le travail, seule ou en association avec une analgésie médicamenteuse, comme une APD. Ce pourcentage était de 14,3 % en 2010 (Tableau 35). Les méthodes utilisées ainsi que leur efficacité prouvée sont très variées (marche, postures, hypnose, acupuncture etc.). Il est très probable que cette évolution est à la fois le reflet de modifications de pratiques au sein des maternités (qui proposeraient plus souvent aux femmes des méthodes alternatives ou complémentaires à l'APD), mais également le reflet de comportements différents des femmes entre les deux enquêtes : demandes plus importantes de pouvoir utiliser des méthodes non médicamenteuses et déclaration plus fréquente de leur utilisation.

En cas de césarienne, 94,3 % des femmes ont eu une péridurale ou une rachianesthésie et 5,7 % une anesthésie générale ; en cas de voie basse instrumentale, ces pourcentages sont respectivement de 95,3 % et 0,3 %. À noter que parmi les 54 femmes n'ayant pas eu d'analgésie lors de leur accouchement par voie basse instrumentale, 45 ont eu une extraction par ventouse. La proportion de femmes n'ayant pas eu d'analgésie en cas d'extraction instrumentale n'a pas diminué entre 2010 et 2016, alors que ces situations devraient être évitées. La proportion des anesthésies générales lors d'une césarienne ou d'une voie basse instrumentale est stable au cours de cette période et 3,6 % de ces accouchements sont concernés.

Le Tableau 36 présente les demandes des femmes à propos de leur accouchement. En 2016, très peu de femmes ont déclaré être venues à la maternité avec des demandes particulières concernant le déroulement de leur accouchement : seules 3,7 % des femmes avaient rédigé un projet de naissance et 17,2 % ont fait part de leurs demandes à l'arrivée à la maternité. La part des femmes interrogées qui avaient des demandes et qui n'ont pas pu les exprimer aux professionnels de santé est faible (1,9 %). Parmi les femmes ayant émis des souhaits particuliers, 80,2 % ont estimé que l'équipe y avait

répondu de manière très satisfaisante , compte tenu du déroulement de l'accouchement. Seulement 14,6 % des femmes ne souhaitaient pas d'APD avant leur accouchement, et 21,1 % étaient indécises. Les femmes sont globalement satisfaites de la méthode reçue pour gérer la douleur et pour les aider pendant les contractions (61,3 % étaient très satisfaites et 27,0 % plutôt satisfaites), mais il existe une marge de progression pour améliorer le confort des femmes durant le travail, puisque 11,7 % d'entre elles étaient peu ou pas du tout satisfaites de la méthode reçue.

Si la fréquence des césariennes réalisées avant travail a diminué (Tableau 32), la fréquence de l'ensemble des césariennes n'a pas diminué de manière significative depuis 2010 et 20,2 % des naissances sont concernées en 2016 (Tableau 33). L'évolution concernant la diminution du nombre de césariennes est observée principalement chez les multipares ayant un utérus unicicatriciel, chez lesquelles cette fréquence est passée de 57,5 % en 2010 à 50,2 % en 2016 (Tableau 37) (Tableau 38). La fréquence des césariennes chez les femmes ayant un utérus multicicatriciel, un fœtus en présentation du siège ou une grossesse multiple n'a pas diminué (Le Ray et al., 2015).

Le mode de début de travail ainsi que le mode d'accouchement varient de manière importante en fonction de l'âge gestationnel et du poids de naissance (Tableau 39). La proportion de césariennes avant travail diminue avec l'augmentation de l'âge gestationnel et du poids de naissance jusqu'à 40 SA et 3 500 - 3 999 g. Les déclenchements sont très peu fréquents avant 35 SA et deviennent nombreux à partir de 41 SA, s'expliquant par la prise en charge spécifique des grossesses prolongées ou celles dont le terme est dépassé, conformément aux recommandations pour la pratique clinique de 2011 (Vayssiere et al., 2013). De manière globale, en 2016, 45,3 % des enfants nés avant 35 SA sont nés après un travail déclenché ou une césarienne avant travail, ainsi que 52,8 % des enfants dont le poids de naissance est inférieur à 2 000 g. Ces fréquences sont plus faibles que celles observées en 2010, où elles étaient respectivement égales à 47,2 % et 60,7 % (Blondel et al., 2012) ; la diminution concerne à la fois la fréquence des déclenchements et la fréquence des césariennes avant travail.

Le taux global de césarienne diminue avec l'âge gestationnel et le poids de naissance jusqu'à 40 SA et 3 000 - 3 499 g, avant d'augmenter de nouveau (Tableau 39). La fréquence des extractions instrumentales augmente, elle, de manière continue avec l'âge gestationnel et le poids de naissance de l'enfant, jusqu'à 3 500 g.

2.6. État de santé des nouveau-nés

Les caractéristiques morphologiques des nouveau-nés n'ont pas changé entre les deux enquêtes (Tableau 40).

Une diminution du score d'Apgar côté à cinq minutes de vie est constatée entre 2010 et 2016 : la fréquence des scores inférieurs à sept à cinq minutes de vie est passée de 0,8 % en 2010 à 1,2 % en 2016. Cette évolution était déjà constatée entre 2003 et 2010 (Blondel et al., 2011 ; Blondel et al., 2012) et pourrait être le reflet d'une meilleure évaluation de l'état néonatal à la naissance. On ne peut pas savoir si la fréquence des nouveau-nés ventilés à la naissance a augmenté entre les deux enquêtes ; il semble qu'un changement important porte sur la méthode utilisée pour la ventilation et il pourrait être le reflet des nouvelles recommandations pour la pratique : en 2016, le Néopuff® (ou système équivalent d'insufflateur à pression contrôlée) était utilisé dans la majorité des cas, bien plus fréquemment que le ballon (respectivement 4,1 % et 1,2 % des nouveau-nés). La situation inverse était observée en 2010. La gravité de l'état de santé peut être estimée par la fréquence des nouveau-nés intubés ou ayant eu une PPC nasale et transférés en service de réanimation néonatale ou néonatalogie. Cet indicateur a l'avantage de limiter l'influence des changements de pratique, à état de santé égal, notamment le recours plus fréquent à la PPC nasale. Cet indicateur est stable entre 2010 et 2016 (respectivement 1,6 % et 1,8 %), et suggère qu'il n'y a pas eu de dégradation de l'état de santé néonatal à la naissance (Tableau 41).

La fréquence des acidoses fœtales, définies par un pH au cordon inférieur à 7,15 à l'accouchement, concernait 9,5 % des nouveau-nés, et les acidoses sévères (pH < 7,00), 0,6 % des nouveau-nés (Tableau 41). La fréquence des acidoses sévères est comparable aux données de la littérature, qui varient entre 0,4 et 1,1 % (Herbst et al., 1997 ; Victory et al., 2004 ; Berglund et al., 2010 ; Maisonneuve et al., 2011).

En 2016, des prélèvements bactériologiques (liquide gastrique et / ou prélèvements périphériques) ont été réalisés à la naissance chez 56,0 % des nouveau-nés et 56,8 % parmi ceux nés à 34 SA ou plus, fréquences comparables à celles rapportées dans une étude menée en Ile-de-France en 2013 (Sikias et al., 2015) (Tableau 41).

L'infection néonatale bactérienne précoce (INBP) reste l'une des principales causes évitables de mortalité et morbidité néonatales. En France, l'ANAES (actuelle HAS) a émis des recommandations concernant la prévention puis le diagnostic et le traitement curatif de l'INBP (ANAES, 2001 ; ANAES, 2002). La suspicion d'INBP est fréquente - mais les infections avérées rares, de 0,8 à 1 pour 1 000 naissances vivantes – et génère la réalisation d'examens complémentaires superflus ainsi qu'une prescription trop fréquente d'antibiotiques (Sikias et al., 2015). Par exemple, les prélèvements bactériologiques néonataux ne permettent pas de faire la preuve de l'infection et ceux-ci ne sont donc pas recommandés en routine dans de nombreux pays, notamment aux États-Unis (Baker et al., 2011). La Société française de néonatologie (SFN) et la Société française de

pédiatrie (SFP) ont actualisé les recommandations de l'ANAES de 2002 et celles-ci devraient être publiées fin 2017. Ces nouvelles recommandations permettront de mieux identifier les nouveau-nés à risque d'INBP relevant d'un traitement antibiotique ou d'une surveillance clinique et / ou de la réalisation d'examens complémentaires, comme des prélèvements bactériologiques néonataux et des prélèvements sanguins.

Les transferts ou les hospitalisations du nouveau-né en dehors du service de suites de couches pour raison médicale ont augmenté entre 2010 et 2016, passant de 8,5 % de nouveau-nés à 9,9 % (Tableau 42). La fréquence des transferts a augmenté à la fois dans les services de réanimation ou soins intensifs et néonatalogie, et également au sein des unités kangourou (2,6 % d'hospitalisations en 2010 contre 3,3 % en 2016), et pourrait s'expliquer par la hausse du nombre d'enfants nés prématurément. Ce changement pourrait s'expliquer par des organisations des soins différentes entre les deux périodes. Notamment, la part des maternités disposant d'une unité kangourou a augmenté entre les deux enquêtes, passant d'environ 26 % à 30 % ; dans certains services de suites de couches, l'absence d'un professionnel de santé ayant des compétences en néonatalogie en permanence pourrait également entraîner des transferts plus fréquents en unité kangourou, pour des enfants de faibles poids de naissance par exemple. Bien que l'évolution ne soit pas significative, la part des transferts néonataux en dehors de l'établissement d'accouchement a eu tendance à diminuer entre les deux enquêtes, passant de 20,1 % en 2010 à 16,4 % en 2016. Les motifs de transfert du nouveau-né étaient principalement liés à la prématurité et aux complications auxquelles elle est fréquemment associée (détresse respiratoire, suspicion d'infection, hypotrophie).

2.7. Séjour de la mère et du nouveau-né en post-partum

Une mise au sein du nouveau-né a été effectuée dans les deux premières heures de vie pour 65,0 % des enfants non transférés, soit une fréquence comparable à celle observée en 2010 (Tableau 43). Dans le cadre de l'ENP, les femmes étaient interrogées sur le mode d'alimentation de leur nouveau-né au moment de l'entretien avec l'enquêteur, soit pour 60 à 65 % des femmes le jour de l'accouchement (J0) ou le lendemain (J1) en 2010 comme en 2016. L'allaitement maternel à la maternité, exclusif ou non, a légèrement diminué entre 2010 et 2016, passant de 68,7 % à 66,7 %, et reste faible en comparaison des autres pays européens (EUROPERISTAT, 2013). L'évolution la plus marquante concerne l'allaitement maternel exclusif : il avait augmenté à partir de 1995 (Blondel et al., 2012), et a baissé de manière importante entre 2010 et 2016, passant de 60,3 % à 52,2 %. Cette évolution pourrait être expliquée par une évolution des préférences des femmes entre les deux enquêtes ; elle met en avant la nécessité de poursuivre une politique active en faveur de l'allaitement maternel et de réfléchir à l'organisation du soutien à l'allaitement en suites de couches.

En 2016, un peu moins de 70 % des services déclaraient avoir au moins une personne référente pour l'aide à l'allaitement au sein de la maternité (consultante en lactation certifiée IBCL[10] et / ou professionnel titulaire d'un diplôme universitaire ou interuniversitaire), mais les données de l'ENP ne permettent pas de connaître les disponibilités de ces professionnels dans les services.

Globalement, 42,7 % des femmes disent avoir reçu des conseils pour coucher leur enfant sur le dos pour prévenir la mort inattendue du nourrisson. L'interprétation de ce chiffre est difficile, car certaines ont pu recevoir le message après l'entretien avec l'enquêteur. Si on sélectionne les femmes interrogées à J2 ou plus tard, 51,4 % des femmes ont reçu l'information, mais la généralisation de ce chiffre est difficile car les femmes interrogées tard diffèrent par certains aspects des femmes interrogées plus tôt. Toutefois, ces deux pourcentages sont assez bas, et suggèrent que la diffusion de l'information sur le couchage peut être améliorée pendant le séjour en maternité.

La durée de séjour des mères en maternité après la naissance est en moyenne de 4,0 jours en 2016 (Tableau 44) et la fréquence des séjours de courtes durées a augmenté depuis 2010. En 2014, la HAS a défini les durées de séjours « standards » après un accouchement, comme des durées d'hospitalisation de 72 h à 96 h en cas de voie basse et de 96 h à 120 h en cas de césarienne (HAS, 2014). Les sorties précoces de la maternité, réservées aux couples mère-enfant à bas risque, sont définies comme des séjours de moins de 72 h en cas de voie basse, et de moins de 96 h en cas de césarienne. Les données recueillies dans l'ENP ne permettaient pas de calculer la durée précise du séjour en heures, car seul le jour de sortie de la maternité est connu. Toutefois, si l'on considère les accouchements par voie basse pour lesquels le nouveau-né est resté auprès de sa mère (pas de transfert ou d'hospitalisation particulière pour raison médicale), la fréquence des séjours de trois jours est passée de 25,8 % en 2010 à 46,9 % en 2016, et la fréquence des séjours de quatre jours de 50,8 % en 2010 à 38,2 % en 2016. La fréquence des sorties précoces de la maternité est, elle, passée de 3,3 % des accouchements par voie basse en 2010 à 5,0 % en 2016. En cas d'accouchement par césarienne sans transfert néonatal, la fréquence des séjours « longs » de six jours ou plus est passée de 43,5 % en 2010 à 16,9 % en 2016, et la fréquence des séjours de quatre jours est passée de 13,3 % en 2010 à 35,5 % en 2016. La fréquence des sorties précoces de la maternité en cas de césarienne est passée de 2,8 % en 2010 à 5,8 % en 2016.

2.8. Poids et âge gestationnel à la naissance

La distribution détaillée de l'âge gestationnel et du poids de naissance de l'ensemble des naissances vivantes a peu changé entre 2010 et 2016 (Tableau 45). La distribution des poids de naissance dans

[10] IBCLC : *International Board Certified Lactation Consultant*

chaque classe d'âge gestationnel ne semble pas présenter de valeurs aberrantes et confirme la qualité de l'estimation de l'âge gestationnel, déjà constatée dans les enquêtes précédentes (Tableau 46). Ce tableau montre également que le groupe des enfants nés prématurément et celui des enfants de faible poids ne se recoupent pas totalement : ainsi, 69,3 % des enfants nés à 36 SA et 34,6 % de ceux nés à 34 – 35 SA pèsent 2 500 g ou plus.

Le taux de prématurité (âge gestationnel à la naissance inférieur à 37 SA) et la proportion de nouveau-nés de moins de 2 500 g varient fortement suivant la population sur laquelle ils sont calculés (grossesses uniques ou gémellaires) (Tableau 47). Parmi les naissances vivantes, le taux de prématurité passe de 7,5 % pour l'ensemble de la population à 6,0 % pour les naissances uniques ; de même, la proportion d'enfants de moins de 2 500 g varie de 7,5 % à 5,7 %. Cela s'explique par le fait que 22,8 % des prématurés et 26,1 % des enfants de petits poids sont des jumeaux.

La prématurité globale a très légèrement augmenté entre 2010 et 2016 pour les naissances vivantes (de 6,5 à 7,5 % en 2016). Parmi les naissances vivantes uniques, les taux sont très voisins entre les deux années. Toutefois, sur le long terme, on note une augmentation faible mais continue de ce taux, passé de 4,5 % chez les naissances vivantes uniques en 1995, à 5,0 % en 2003, 5,5 % en 2010 et 6,0 % en 2016 (Blondel et al., 2012). La fréquence des enfants de petit poids pour l'âge gestationnel (< 10ème percentile) a augmenté entre 2010 et 2016, de 10,1 % à 10,8 %. En revanche entre 1995 et 2016, l'évolution n'est pas régulière.

3. Populations particulières en métropole

3.1. Les femmes en situation précaire

Les tableaux 48 à 50 décrivent les caractéristiques des femmes, leur état de santé et leur surveillance prénatale, suivant leur situation et celle du ménage par rapport à l'emploi. Les ménages dans lesquels ni la femme ni son partenaire n'avaient d'emploi en fin de grossesse (11,6 % des ménages) ont été comparés à ceux dans lesquels au moins l'un des deux membres du couple avait un emploi (ou la femme si elle vivait seule).

Au sein des ménages dans lesquels ni la femme ni son partenaire n'ont d'emploi, les femmes sont plus jeunes, ont eu plus fréquemment des enfants avant cet accouchement, et sont plus souvent de nationalité étrangère ; 33,8 % d'entre elles ont entre 18 et 24 ans, 33,4 % accouchaient pour la 3e fois ou plus, et 30,4 % sont étrangères (Tableau 48). La part des femmes ne vivant pas en couple est également beaucoup plus importante chez les femmes en situation précaire (31,3 % contre 1,8 % des femmes non précaires), et ces dernières sont plus souvent bénéficiaires de la CMU

(56,2 % contre 5,9 % des femmes non précaires) ou de l'AME (4,9 % contre 0,6 % des femmes non précaires). Près de 6 % des femmes en situation précaire n'avaient pas de couverture sociale en début de grossesse pour la prise en charge des soins médicaux.

Les femmes en situation précaire sont également moins nombreuses à avoir déjà utilisé une contraception, 21,0 % d'entre elles rapportant n'en avoir jamais utilisé dans le passé, contre 6,6 % des femmes dans l'autre groupe (Tableau 48). La moitié de celles utilisant une contraception l'ont arrêté car elles souhaitaient avoir un enfant, mais la part des grossesses sous contraception atteint 20,6 % et est plus de deux fois supérieure au pourcentage observé chez les femmes vivant dans un ménage dont au moins l'un des deux membres du couple a un emploi.

Des facteurs de risque médicaux sont également plus fréquemment identifiés chez les femmes vivant dans un ménage dont aucun des deux partenaires n'a d'emploi. Le contexte psychologique de la grossesse est plus défavorable chez ces femmes et elles sont 11,8 % à déclarer s'être senties « assez mal » durant leur grossesse et 7,0 % à s'être senties « mal » (Tableau 49). Ces femmes sont plus souvent en surpoids (22,0 % contre 19,7 %) ou obèses (16,2 % contre 11,2 %) et sont deux fois plus souvent fumeuses : 29,7 % d'entre elles ont ainsi déclaré à l'enquêteur avoir fumé au moins une cigarette par jour au troisième trimestre de la grossesse ; la part des grandes consommatrices (dix cigarettes par jour et plus) est également plus grande chez ces femmes (10,4 % contre 3,4 %) (Tableau 49).

Malgré ces facteurs de risque, près de 30 % d'entre elles ont eu moins de huit consultations prénatales, et seulement 18,5 % un entretien prénatal précoce, alors que ce dernier peut permettre de repérer précocement des problématiques médico-psychosociales pour proposer la prise en charge la plus adaptée aux besoins de la femme et / ou du couple (Tableau 49). Toutefois, 36,0 % de ces femmes ont déclaré avoir eu un entretien avec un(e) assistant(e) de service sociale durant la grossesse. Ces femmes étaient enfin plus souvent hospitalisées durant leur grossesse.

Pour la majorité de ces femmes, le suivi prénatal des six premiers mois a été principalement effectué par un professionnel de santé travaillant dans le secteur public, à l'hôpital ou à la PMI : pour respectivement 21,9 % et 24,7 % des femmes, il s'agissait d'un gynécologue-obstétricien ou d'une sage-femme en maternité, et 6,9 % des femmes étaient principalement suivies à la PMI (Tableau 49). En parallèle, 80,7 % d'entre elles ont accouché dans un CHU ou un centre hospitalier public, et seulement 14,5 % dans un établissement privé à but lucratif (Tableau 50). À titre de comparaison, au sein des ménages dans lesquels au moins l'un des partenaires avait un emploi en fin de grossesse, 24,9 % des femmes ont accouché dans une maternité du secteur privé.

Au sein des ménages dans lesquels ni la femme ni son partenaire n'avaient d'emploi en fin de grossesse, la part des naissances prématurées et celle des enfants de poids de naissance inférieur à 2 500 g sont plus élevées parmi les naissances vivantes uniques : 8,5 % des nouveau-nés sont nés avant 37 SA et 9,5 % pesaient moins de 2 500 g à la naissance (Tableau 50). Enfin, ces femmes sont moins nombreuses à adopter un allaitement maternel exclusif : 44,1 % contre 53,3 %.

3.2. Les naissances gémellaires

Le taux d'accouchements gémellaires a fortement augmenté en France depuis le début des années 1970, en raison d'une augmentation de l'âge maternel et du recours aux traitements de l'infertilité, notamment du développement de la fécondation in vitro à partir des années 1980 (Prunet et al., 2015). Les naissances gémellaires représentent un groupe à haut risque qu'il convient d'étudier, en raison, notamment, du taux élevé de prématurité et des petits poids à la naissance. Les mères de jumeaux présentent également des risques plus élevés de complications pendant la grossesse et l'accouchement.

Les tableaux 51 à 53 présentent les caractéristiques des mères de jumeaux et de leur suivi prénatal, celles de l'accouchement et l'état de santé des enfants à la naissance. Les caractéristiques sont chaque fois comparées à celles observées chez les grossesses uniques (« singletons »).

Les mères de jumeaux sont plus âgées : 36,7 % d'entre elles avaient 35 ans ou plus au moment de la naissance de leurs enfants, contre 21,0 % des mères de singletons (Tableau 51). Leur parité et leur état psychologique durant la grossesse ne sont pas différents de ceux des mères de singleton. Elles ont plus de consultations prénatales et sont près de trois fois plus souvent hospitalisées durant leur grossesse (Tableau 51).

Les mères de jumeaux accouchent plus souvent que les mères de singleton dans un CHU (33,5 % contre 19,4 %) ou une maternité de type III (46,0 % contre 25,8 %) (Tableau 52). La part des accouchements gémellaires dans les maternités de type I a, elle, fortement diminué entre 2010 et 2016, passant de 15,9 % à 9,4 % (Prunet et al., 2015).

La planification de l'accouchement est fréquente en cas de grossesse gémellaire. Chez les mères de jumeaux, un déclenchement du travail est plus souvent réalisé que chez les mères de singleton (31,0 % des accouchements contre 21,8 %) et les césariennes avant travail sont plus de trois fois plus fréquentes, concernant 31,8 % des femmes. Au total, 53,7 % des jumeaux contre 19,2 % des singletons sont nés par césarienne (Tableau 52).

Les jumeaux présentent un risque très élevé de prématurité et de petits poids à la naissance, comme déjà présenté dans le Tableau 47. Parmi les naissances vivantes, le taux de prématurité est de 47,5 % au lieu de 6,0 % chez les singletons, soit une fréquence multipliée environ par sept (Tableau 53). Les pourcentages de poids de naissance inférieurs à 2 500 g, toujours chez les naissances vivantes, sont respectivement de 53,9 % au lieu de 5,7 %, soit une fréquence multipliée environ par dix. Pour la prématurité, l'excès de risque est observé aussi bien pour la prématurité modérée que pour la grande prématurité. Ainsi, 9,9 % des jumeaux (nés vivants) naissent avant 32 SA contre 0,9 % des enfants uniques.

Ces différences conduisent à une fréquence des transferts néonataux plus importante chez les jumeaux. Au total, 49,0 % d'entre eux ont été transférés dans un autre service ou ont fait l'objet d'une hospitalisation particulière au sein de la maternité, contre 8,4 % des singletons (Tableau 53).

4. Comparaisons régionales

Des indicateurs clé décrivant les caractéristiques des femmes, les pratiques médicales et l'issue de la grossesse sont présentées par région[11] du Tableau 54 au Tableau 71. La taille de notre échantillon ne permettant pas la présentation de résultats valides sur le plan statistique (fluctuations importantes) pour la région Corse, ces résultats ont été présentés avec ceux de la région Provence-Alpes-Côte d'Azur (PACA). Pour les régions où le nombre de naissances est important, les résultats sont également présentés par département (Nord, Paris, Rhône). Pour l'Île-de-France, les résultats sont présentés séparément pour la Petite Couronne (départements 92, 93, 94) et la Grande Couronne (départements 77, 78, 91, 95).
La situation détaillée dans les DROM est présentée dans les tableaux 72 à 82.

Les tableaux montrent une grande hétérogénéité des caractéristiques maternelles et de l'état de santé périnatal entre les régions de métropole pour les indicateurs retenus.

Les femmes de 35 ans et plus sont plus nombreuses en Île-de-France (particulièrement à Paris), ainsi que dans le département du Rhône et en région PACA (Tableau 54). La part des femmes ayant un niveau d'études supérieur au baccalauréat est également plus élevée en région parisienne (63,8 %), particulièrement à Paris (79,4 %) et dans le département du Rhône (67,1 %) et plus faible dans les Hauts-de-France (Tableau 55). Des constats similaires étaient faits en 2010.

Une allocation chômage ou une prime d'activité ont été plus souvent perçues par les ménages des Hauts-de-France (34,5 %), en Occitanie (31,0 %) et en Normandie (30,1 %) (Tableau 56).

[11] Les régions administratives définies en janvier 2016 ont été utilisées.

La proportion de femmes obèses (IMC ≥ 30) ne varie pas de manière significative entre les régions de métropole, à l'exclusion du fait qu'elles sont plus nombreuses dans la région Centre-Val de Loire (16,5 %) et les Hauts-de-France (14,0 %), et beaucoup moins nombreuses à Paris (6,5 %) (Tableau 57).

La consommation de tabac au troisième trimestre de la grossesse était plus fréquente en Bretagne (24,0 %), en Normandie (22,3 %), dans les Hauts-de-France (21,1 %) et en Nouvelle Aquitaine (20,3 %) (Tableau 58). La région parisienne affichait les taux les plus bas de consommation de tabac, égaux à 9,4 % pour l'ensemble de la région et respectivement à 6,4 % pour Paris et 8,5 % pour les départements de la petite couronne.

La proportion des femmes ayant eu moins de huit consultations varie peu entre les régions de métropole mais est plus fréquente dans les Hauts-de-France (25,8 %) et particulièrement dans le département du Nord (27,9 %) (Tableau 59). Un nombre d'échographies supérieur ou égal à six est observé chez 46,2 % des femmes de la région Grand Est, 45,7 % des femmes du Rhône et 44,2 % des femmes ayant accouché dans la région PACA (Tableau 60). En comparaison, 23,1 % des femmes de la Petite Couronne, en région parisienne, ont eu six échographies ou plus.

L'entretien prénatal précoce (EPP), suivi par 29,4 % des femmes en métropole était plus souvent réalisé en Nouvelle Aquitaine (39,5 % des femmes), dans les Pays de la Loire et dans le département du Nord (respectivement 37,4 % et 35,3 % des femmes), ainsi qu'en Occitanie et en Bretagne (respectivement 35,0 % et 34,0 % des femmes) (Tableau 61). Concernant les séances de préparation à la naissance et à la parentalité (PNP), elles sont très souvent suivies par les primipares en Bretagne (85,7 %), en Pays de la Loire et en Auvergne-Rhône-Alpes (84,8%), ainsi qu'en Nouvelle Aquitaine (83,3 %) (Tableau 62). À l'opposé, en région parisienne, seulement 19,5 % des femmes avaient eu un EPP et seulement 73,3 % des primipares avaient eu des séances de PNP.

La consommation d'acide folique avant le début de la grossesse, en prévention des AFTN, est relativement faible en France (23,2 % des femmes en métropole). La mesure de prévention semble mieux suivie dans certaines régions, mais la part des femmes concernées atteint au maximum 29 - 30 % dans le département de Paris et la région des Pays de la Loire, ou encore 27,5 % en Normandie, Bretagne et dans le département du Rhône (Tableau 63). Seules 18,5 % des femmes avaient consommé de l'acide folique avant leur grossesse dans les Hauts-de-France et la région PACA-Corse.

Des variations régionales similaires sont observées pour le suivi d'une autre mesure de prévention : la vaccination contre la grippe saisonnière (7,4 % des femmes en métropole) (Tableau 64). Les femmes étaient plus souvent vaccinées dans le département de Paris, la région des Pays de la Loire et le Rhône (entre 11,6 et 11,9 % de femmes vaccinées) ainsi que dans le département du Nord

(12,4 %). Les femmes de la région PACA, du Centre-Val de Loire ou de la banlieue parisienne étaient près de deux fois moins souvent vaccinées que celles des régions précédemment citées.

Les pratiques médicales telles que le déclenchement du travail, la césarienne ou l'épisiotomie varient assez peu entre les régions. Les déclenchements du travail sont uniquement plus fréquents en région parisienne ; 25,6 % des femmes contre 22,0 % en moyenne en métropole (Tableau 65). La proportion d'accouchements par césarienne est elle aussi similaire dans l'ensemble des régions, à l'exception de la région Bourgogne-Franche-Comté où les taux sont plus faibles (16,0 %) (Tableau 66). Des variations de plus grande ampleur mais qui restent limitées sont observées pour la fréquence des épisiotomies chez les femmes ayant accouché par voie basse, le taux variant du simple au double entre la région Bourgogne-Franche-Comté (8,8 %) et la région parisienne (24,2 %) ou le département du Rhône (22,9 %) (Tableau 67).

Les variations régionales du taux de prématurité sont globalement superposables avec celles du faible poids de naissance chez les enfants nés vivants. Le taux de prématurité le plus important est observé dans les Hauts-de-France, 9,4 % des naissances vivantes ayant eu lieu avant 37 SA, et atteint 10,5 % dans le département du Nord (Tableau 68). Globalement, la proportion des enfants de petit poids, inférieur à 2 500 g, varie peu, sauf dans deux régions : les Hauts-de-France, où ces enfants sont plus nombreux (9,7 % des naissances vivantes), et la Région PACA-Corse, où la part des enfants concernés (5,1 %) est moindre (Tableau 69).

La proportion de nouveau-nés allaités à la maternité (allaitement maternel exclusif ou mixte) varie de manière très importante entre les régions. La part des nouveau-nés allaités est très inférieure au taux moyen national dans trois régions : les Hauts-de-France (53,4 %), la Bretagne (57,8 %) et les Pays de la Loire (58,2 %) (Tableau 70). Les régions où le taux d'allaitement maternel est le plus élevé sont la région parisienne (76,9 %, dont 79,6 % de nouveau-nés allaités à Paris), la région PACA (72,1 %) et l'Auvergne-Rhône-Alpes (71,1 %, dont 75,2 % dans le département du Rhône).

Enfin, la proportion des accouchements dans les maternités spécialisées de type III varie considérablement en métropole, de 13,5 % en région PACA à 33,0 % en région parisienne, et même 36,5 % à Paris (Tableau 71). Ces variations sont très dépendantes de l'offre de soins locale.

5. Description et évolution depuis 2010 dans les départements et régions d'outre-mer

Il n'est pas possible d'analyser les résultats séparément pour chaque département et région d'outre-mer en raison des effectifs. L'échantillon global dans les DROM recouvre donc des situations très variées, correspondant à chaque département.

Parmi les 707 femmes majeures ayant eu un enfant vivant et ayant accepté de participer à l'enquête, il comprend 91 naissances en Guadeloupe (12,9 %), 116 en Guyane (16,4 %), 77 en Martinique (10,9 %), 164 à Mayotte (23,2 %), et 259 à La Réunion (36,6 %). Les résultats sont présentés sous la même forme qu'en métropole, en mettant en parallèle la situation dans les DROM et la métropole.

La situation en Guadeloupe, Guyane et à La Réunion en 2010 et 2016 est comparée dans les tableaux de l'Annexe 2. La situation à Mayotte est décrite de manière détaillée dans un rapport à venir rédigé par l'Agence régionale de santé Océan Indien, car l'enquête nationale périnatale a été prolongée sur plusieurs semaines pour obtenir un échantillon de grande taille.

5.1. Caractéristiques sociodémographiques des femmes dans les DROM

Les disparités sociales sont particulièrement marquées entre les DROM et la métropole (Tableau 72 à Tableau 82).

Dans les DROM, les femmes venant d'accoucher sont souvent plus jeunes, puisque 28,2 % d'entre elles avaient entre 18 et 24 ans, contre 13,6 % en métropole (Tableau 72). Les accouchements chez les femmes de 40 ans et plus sont également un peu plus fréquents : 5,6 % contre 4,0 % en métropole. Les femmes sont plus souvent multipares (69,7 % contre 57,8 % en métropole), et la part des femmes accouchant pour la quatrième fois ou plus est élevée, égale à 24,0 %.

Le niveau d'études est relativement faible. La part des femmes ayant suivi des études au-delà du baccalauréat est égale à 32,7 %, contre 55,4 % en métropole (Tableau 72). La part des femmes non scolarisées ou n'ayant été scolarisées qu'en primaire est importante (14,5 %), et s'explique par le fort taux observé à Mayotte, où 47,0 % des femmes sont concernées (4,8 % dans l'ensemble des autres DROM).

Les femmes mariées ou pacsées sont peu nombreuses (respectivement 20,1 % et 3,6 %) et au total 25,0 % des femmes ne vivaient pas en couple au moment de la naissance de leur enfant, contre 5,2 % en métropole (Tableau 72).

Au moment de la naissance de leur enfant, la part des femmes ayant un emploi est faible (36,4 %), presque deux fois inférieure à celle observée en métropole (Tableau 73) ; 23,2 % des femmes se déclarent au chômage et 34,7 % femmes au foyer. Le taux de chômage chez les partenaires est également deux fois plus élevé qu'en métropole, égal à 20,5 %. En parallèle, on observe une part importante des ménages ayant perçu une ARE ou le RSA / prime d'activité, puisque 41,2 % d'entre

eux sont concernés (25,0 % en métropole). La part des ménages n'ayant perçu aucune ressource est importante, égale à 6,3 %, contre 0,6 % en métropole.

Concernant la couverture sociale, 20,1 % des femmes n'avaient pas de couverture sociale en début de grossesse (1,4 % en métropole) et 31,2 % étaient bénéficiaires de la CMU (Tableau 73). Une part importante des femmes ne possédaient pas de couverture maladie complémentaire (40,5 %). Ces constats sont également expliqués par la situation particulière de Mayotte, où les femmes étaient 63,3 % à ne pas avoir de couverture sociale en début de grossesse (7,1 % dans l'ensemble des autres DROM) et 94,7 % à ne pas avoir de couverture maladie complémentaire (23,9 % dans les autres DROM)[12].

5.2. Contraception et santé avant la grossesse dans les DROM

Les femmes sont moins nombreuses à avoir déjà utilisé une contraception (18,6 % n'ayant jamais utilisé de contraception dans le passé dans les DROM contre 8,3 % en métropole), et la méthode de contraception la plus utilisée reste la pilule (54,5 %), comme en métropole (Tableau 74). Les femmes ont majoritairement arrêté leur contraception car elles souhaitaient avoir un enfant, mais la part des grossesses sous contraception est importante, égale à 15,0 %. Le recours à un traitement de l'infertilité est moins fréquent.

De manière générale, dans les DROM, les femmes ont plus souvent un antécédent médical défavorable. Ainsi 1,5 % des femmes avaient un diabète et 2,9 % une HTA chronique avant leur grossesse (Tableau 75). La part des femmes en surpoids ou obèses est élevée : 24,5 % ont un IMC compris entre 25 et 29,9 et 20,7 % un IMC supérieur ou égal à 30, contre respectivement 20,0 % et 11,8 % en métropole. Les femmes sont également plus nombreuses à avoir déjà eu recours à une IVG (22,0 % contre 16,4 %) ; elles sont notamment 6,7 % à avoir eu deux IVG ou plus.

Un peu plus de 20 % des femmes ont un antécédent obstétrical sévère, tel qu'une MFIU, un décès néonatal, un accouchement prématuré ou la naissance d'un nouveau-né hypotrophe. La fréquence des femmes ayant un utérus cicatriciel est similaire dans les DROM et en métropole.

[12] L'aide médicale d'État (AME) n'est pas applicable à Mayotte.

5.3. État psychologique et prévention pendant la grossesse dans les DROM

Sur le plan psychologique, les femmes vont un peu moins bien durant leur grossesse dans les DROM, en comparaison des femmes de métropole. Elles sont 9,2 % à avoir répondu qu'elles auraient préféré ne pas être enceintes, et 17,6 % à avoir souhaité que la grossesse arrive plus tard (Tableau 76).

Malgré la fréquence des situations sociales défavorables, la part des femmes ayant eu un entretien prénatal précoce (EPP) est similaire à celle observée en métropole et 24,9 % des femmes en ont eu un (Tableau 76). Les femmes ne sont également que 6,4 % à avoir eu un entretien avec un(e) assistant(e) de service social durant leur grossesse (Tableau 76).

La consommation de tabac au cours de la grossesse est relativement faible, selon la déclaration des femmes : 5,2 % déclaraient avoir fumé au moins une cigarette par jour au troisième trimestre (Tableau 76).

La consommation d'acide folique en prévention des AFTN est très faible : seules 5,4 % des femmes ont reçu une supplémentation en folates avant leur grossesse (Tableau 76). Elles sont 15,2 % à avoir eu une consultation ou une réunion d'information dédiée à la diététique contre 12,6 % en métropole.

5.4. Suivi prénatal et examens de dépistage et de diagnostic dans les DROM

Dans les DROM, les femmes n'ayant pas déclaré leur grossesse sont nombreuses (18,1 % contre 0,6 % en métropole) et les déclarations tardives de grossesses plus fréquentes : 15,7 % des déclarations sont effectuées au deuxième trimestre de grossesse et 2,1 % au troisième trimestre (Tableau 77).

Comme en métropole, le nombre moyen de consultations prénatales est plus élevé que celui recommandé ; les femmes sont 34,5 % à avoir eu 10 consultations ou plus durant leur grossesse. Toutefois, le pourcentage de femmes ayant eu moins de six consultations est sensiblement plus élevé dans les DROM (12,0 %) qu'en métropole (3,7 %). Le recours aux consultations aux urgences de la maternité est moins fréquent qu'en métropole (50,5 % des femmes ayant consulté au moins une fois aux urgences contre 58,5 % en métropole) (Tableau 77). La part des femmes n'ayant pas eu de consultation auprès d'un membre de l'équipe responsable de l'accouchement est relativement élevé (15,1 % des femmes).

La place de la surveillance prénatale par les gynécologues-obstétriciens est moindre dans les DROM : 44,7 % des femmes ont déclaré ce professionnel comme étant le principal responsable du suivi de leur grossesse les six premiers mois, contre 65,7 % en métropole (Tableau 77). La part des femmes principalement suivies en PMI les six premiers mois est par contre importante (20,2 % contre 2,3 % en métropole), tout comme celles suivies par une sage-femme libérale (15,8 % contre 8,5 % en métropole).

La part des femmes ayant eu un nombre d'échographies inférieur à celui recommandé est beaucoup plus élevée (15,8 % en ont eu moins de trois contre 1,0 %). Cependant 31,3 % des femmes ont eu six échographies ou plus durant la grossesse, ce qui est proche du pourcentage observé en métropole (Tableau 78).

Selon les déclarations des femmes, une mesure de la clarté nucale a été réalisée dans 62,4 % des cas (Tableau 78) ; en dépit de la réglementation relative à l'information des femmes, elles sont nombreuses à ne pas savoir si une telle mesure a été réalisée (21,6 %). Le recours au dépistage sérique du risque de trisomie 21 est moins fréquent dans les DROM : 74,5 % des femmes contre 88,2 % en métropole.

Un dépistage du diabète gestationnel est plus souvent effectué (88,6 % contre 73,2 % en métropole) (Tableau 78). Il ne semble pas exister de différence dans la pratique d'un FCU durant la grossesse entre les DROM et la métropole : 27,7 % des femmes en ont eu un. Parmi les femmes n'en ayant pas eu, la part de celles n'en ayant pas eu dans les trois ans précédant leur grossesse est particulièrement élevée, puisque 47,6 % des femmes sont concernées.

5.5. Hospitalisation et pathologies durant la grossesse dans les DROM

Les hospitalisations durant la grossesse sont beaucoup plus fréquentes dans les DROM (27,4 % contre 18,1 %) (Tableau 79). Globalement, une corticothérapie anténatale est aussi souvent réalisée qu'en métropole (6,6 % des femmes), mais la part des nouveau-nés nés avant 34 SA qui ont pu en bénéficier est plus faible : 75,0 % dans les DROM contre 90,2 % en métropole.

En dehors du diabète gestationnel, dont la fréquence dans les DROM est comparable à celle observée en métropole, la fréquence des autres pathologies est plus élevée : les menaces d'accouchements prématurés ayant nécessité une hospitalisation ont concerné 7,6 % des femmes, contre 5,4 % en métropole, 3,3 % des femmes ont eu une HTA avec protéinurie et 3,9 % une HTA gravidique sans protéinurie (contre respectivement 2,0 % et 2,3 % des femmes en métropole) (Tableau 79).

5.6. Travail et accouchement dans les DROM

Le temps de transport des femmes pour aller accoucher est beaucoup plus important dans les DROM qu'en métropole : en 2016, 20,2 % des femmes ont déclaré avoir mis entre 30 et 44 minutes pour se rendre à la maternité et 14,0 % 45 minutes ou plus. Ces pourcentages étaient respectivement de 16,6 % et 7,2 % en métropole (Tableau 80).

Les pourcentages de femmes qui ont eu un déclenchement du travail ou une césarienne avant travail sont comparables dans les DROM et en métropole : 19,2 % des femmes ont eu un travail déclenché et 9,0 % une césarienne (Tableau 80). La distribution des types de méthodes initialement utilisées pour le déclenchement est elle aussi identique. Les accouchements par voie basse non instrumentale sont un peu plus fréquents (72,2 % contre 67,5 %), du fait d'une moindre part des accouchements par voie basse instrumentale. La fréquence totale des césariennes, de 20,7 %, est similaire à celle observée en métropole.

La proportion de naissances prises en charge par une sage-femme est plus importante qu'en métropole : 65,0 % contre 58,6 % (Tableau 80). En cas de voie basse non instrumentale, l'accouchement était effectué par une sage-femme pour 93 % des naissances.

La fréquence des épisiotomies chez les primipares est relativement faible, 24,3 %, par rapport à la métropole, 34,9 % (Tableau 80).

La douleur pendant le travail est gérée de manière très différente dans les DROM (Tableau 80). La proportion des femmes n'ayant pas eu d'analgésie durant le travail est près de trois fois plus importante (53,2 % des femmes concernées) ; seules 46,0 % ont eu une analgésie péridurale, contre 81,4 % en métropole. Cela pourrait en partie être expliqué par une plus grande proportion de femmes ayant déclaré ne pas souhaiter d'APD dans les DROM : 48,1 % contre 14,6 % en métropole (Tableau 81). Des disparités éventuelles dans l'accès à l'analgésie obstétricale pourraient aussi être suggérées.

Peu de femmes ont fait part à l'équipe de souhaits particuliers concernant leur accouchement : elles ne sont que 2,0 % à avoir rédigé un projet de naissance et 7,6 % à avoir exprimé leurs demandes à l'arrivée à la maternité (17,2 % en métropole) (Tableau 81). Parmi celles qui ont effectué des demandes, seules 64,5 % ont déclaré qu'elles trouvaient que l'équipe avait fait de son mieux pour satisfaire leurs souhaits, et 29,0 % plutôt oui. À titre de comparaison, elles étaient respectivement 80,2 % et 16,4 % en métropole.

Concernant la satisfaction de la prise en charge de la douleur durant le travail, la marge de progression est également plus importante dans les DROM qu'en métropole. Les femmes des DROM sont en effet 14,1 % à se dire peu satisfaites de la méthode reçue pour gérer la douleur et les contractions, et 6,6 % déclarent ne pas être du tout satisfaites. Ces pourcentages étaient égaux à 7,7 % et 4,0 % en métropole (Tableau 81).

5.7. État néonatal à la naissance dans les DROM

Deux indicateurs de santé néonatale sont plus défavorables dans les DROM. Le taux de prématurité y est plus élevé : 11,7 %, contre 7,5 % en métropole pour l'ensemble des naissances vivantes. De même, la proportion d'enfants de poids de naissance inférieur à 2 500 g y est plus importante : 12,6 % contre 7,5 % (Tableau 82).

Le score d'Apgar ne varie pas de manière significative, et à cinq minutes de vie la fréquence des nouveau-nés ayant un Apgar inférieur à sept est égale à 1,1 % (Tableau 82).

Les DROM se distinguent de la métropole par une fréquence beaucoup plus élevée de nouveau-nés allaités en maternité : 83,3 % d'entre eux sont allaités (dont 58,0 % de manière exclusive) contre 67,7 % en métropole (Tableau 82).

Références

ANAES (2001). "Prévention anténatale du risque infectieux bactérien néonatal précoce. Recommandations pour la pratique clinique. Saint-Denis La Plaine (Fra) : Agence nationale d'accréditation et d'évaluation en santé (ANAES), septembre 2001. Disponible sur www.has-sante.fr."

ANAES (2002). "Diagnostic et traitement curatif de l'infection bactérienne précoce du nouveau-né. Recommandations pour la pratique clinique. Saint-Denis La Plaine (Fra) : Agence nationale d'accréditation et d'évaluation en santé (ANAES), septembre 2002. Disponible sur www.has-sante.fr."

Bajos, N., et al. (2012). "La contraception en France : nouveau contexte, nouvelles pratiques ? Population et Sociétés, N° 492, septembre 2012, pp. 1-4."

Bajos, N., et al. (2014). "La crise de la pilule en France : vers un nouveau modèle contraceptif ? Population et Sociétés, N° 511, mai 2014, pp. 1-4.".

Baker, C. J., et al. (2011). "Policy statement-Recommendations for the prevention of perinatal group B streptococcal (GBS) disease." Pediatrics 128(3): 611-616.

Beck, F., et al. (2015). "Les niveaux d'usage des drogues en France en 2014. Tendances, OFDT, n° 99, 2015, 8 p.".

Beck, F., et al. (2017). "Cannabis : usages actuels en population adulte. Résultats de l'enquête Baromètre santé 2016. OFDT, juin 2017, 8 p.".

Berglund, S., et al. (2010). "Risk factors for asphyxia associated with substandard care during labor." Acta Obstet Gynecol Scand 89(1): 39-48.

Blondel, B. and Kermarrec, M. (2011). "Enquête Nationale Périnatale 2010. Les naissances en 2010 et leur évolution depuis 2003. Paris : Inserm ; 2011. Disponible sur http://www.sante.gouv.fr/enquete-nationale-perinatale-2010.html. ."

Blondel, B., et al. (2012). "Trends in perinatal health in France from 1995 to 2010. Results from the French National Perinatal Surveys." J Gynecol Obstet Biol Reprod (Paris) 41(4): e1-e15.

Blondel, B., et al. (2012). "Failure of the vaccination campaign against A(H1N1) influenza in pregnant women in France: results from a national survey." Vaccine 30(38): 5661-5665.

Blondel, B., et al. (2005). "Enquête nationale périnatale 2003 : situation en 2003 et évolution depuis 1998. Disponible sur http://drees.social-sante.gouv.fr."

Blondel, B. and Zeitlin, J. (2013). "La santé périnatale en France : une position moyenne en Europe, mais quelques différences préoccupantes. (Editorial)." J Gynecol Obstet Biol Reprod (Paris).

Bréart, G., et al. (1991). Mortalité et morbilité périnatales en France. In : Mises à jour en gynécologie obstétrique. Paris, CNGOF-Vigot : 175-214.

CDC. (2016). "https://www.cdc.gov/pertussis/pregnant/index.html." Retrieved mai 2017.

Chan Chee, C., et al. (2009). "La dépression en France. Saint-Denis : INPES, coll. Études santé, 2009 : 208 p.".

CNGOF (2002). "Collège National des gynécologues et Obstétriciens Français (CNGOF). Recommandations pour la pratique clinique. La menace d'accouchement prématuré à membranes intactes." J Gynecol Obstet Biol Reprod (Paris) 31 : S7.

CNGOF (2006). "Collège National des gynécologues et Obstétriciens Français (CNGOF). Recommandations pour la pratique clinique : Episiotomie. J Gynecol Obstet Biol Reprod (Paris) 35(1 Suppl): 1S77-71S80.".

CNGOF (2010). "Collège National des gynécologues et Obstétriciens Français (CNGOF). Recommandations pour la pratique clinique. Le diabète gestationnel." J Gynecol Obstet Biol Reprod (Paris) 39 : S1-S342.

Combier, E., et al. (2004). "Choosing where to deliver: decision criteria among women with low-risk pregnancies in France." Soc Sci Med 58(11): 2279-2289.

Conseil Supérieur de la Santé. (2013). "https://www.health.belgium.be/fr/conseil-superieur-de-la-sante."
Cundy, T., et al. (2014). "Gestational diabetes: new criteria may triple the prevalence but effect on outcomes is unclear." BMJ 348: g1567.
Dupont, C., et al. (2017). "Oxytocin administration during spontaneous labor: Guidelines for clinical practice. Guidelines short text." J Gynecol Obstet Hum Reprod.
Ego, A., et al. Courbes de croissance in utero ajustées et non ajustées adaptées à la population française. I: Méthodes de construction. J Gynecol Obstet Biol Reprod 2016;45:155-164.
EUROPERISTAT (2013). "European Perinatal Health Report : Health and care of pregnant women and babies in Europe in 2010. Disponible sur http://www.europeristat.com/."
HAS (2009). "Projet de grossesse : informations, messages de prévention, examens à proposer. Document d'information pour les professionnels. Saint-Denis La Plaine (Fra) : Haute Autorité de Santé (HAS), septembre 2009. Disponible sur www.has-sante.fr".
HAS (2010). "État des lieux et recommandations pour le dépistage du cancer du col de l'utérus en France. Recommandations en santé publique. Saint-Denis La Plaine (Fra) : Haute Autorité de Santé (HAS), juillet 2010. Disponible sur www.has-sante.fr".
HAS (2013). "Contraception chez l'homme et la femme. Rapport d'élaboration. Saint-Denis La Plaine (Fra) : Haute Autorité de Santé (HAS), septembre 2009. Disponible sur www.has-sante.fr."
HAS (2014). "Sortie de maternité après accouchement : consitions et organisation du retour à domicile des mères et de leurs nouveau-nés. Recommandations pour la pratique clinique. Saint-Denis La Plaine (Fra) : Haute Autorité de Santé (HAS), mars 2014. Disponible sur www.has-sante.fr".
HCSP (2012). "Vaccination contre la grippe saisonnière : actualisation des recommandations pour les femmes enceintes et les personnes obèses. Avis et rapport. Haut Conseil de la Santé Publique (HCSP). 16 février 2012.".
Herbst, A., et al. (1997). "Risk factors for acidemia at birth." Obstet Gynecol 90(1): 125-130.
Ibanez, G., et al. (2015). "Prevalence and characteristics of women reporting poor mental health during pregnancy: Findings from the 2010 French National Perinatal Survey." Rev Epidemiol Sante Publique 63(2): 85-95.
INPES. (2013). "Comment aider une femme à choisir sa contraception? - repères pour votre pratique. 4p. réf 13515313DE. Septembre 2013."
Jaspard, M. (2001). "Nommer et compter les violences envers les femmes : une première enquête nationale en France. Population et sociétés, n°364, 2001/01, 4p.".
Le Ray, C., et al. (2015). "[Robson classification: A tool for assessment of caesarean practices in France]." J Gynecol Obstet Biol Reprod (Paris) 44(7): 605-613.
Lelong, N., et al. (2011). "[Smoking during pregnancy in France between 1972 to 2003: Results from the national perinatal surveys]." J Gynecol Obstet Biol Reprod (Paris) 40(1): 42-49.
Maisonneuve, E., et al. (2011). "Risk factors for severe neonatal acidosis." Obstet Gynecol 118(4): 818-823.
Metzger, B. E., et al. (2008). "Hyperglycemia and adverse pregnancy outcomes." N Engl J Med 358(19): 1991-2002.
Morin, T., et al. (2013). "Femmes et hommes face à la violence : les femmes sont plus souvent victimes d'un proche ou de leur conjoint. INSEE première, n°1473, 2013/11, 4p.".
Pasquereau, A., et al. (2017). "Tabac et e-cigarette en France : niveaux d'usage d'après les premiers résultats du Baromètre santé 2016. Bull Epidémiol Hebd.
2017;(12):214-22.".
Pilkington, H., et al. (2008). "Impact of maternity unit closures on access to obstetrical care: the French experience between 1998 and 2003." Soc Sci Med 67(10): 1521-1529.
Pilkington, H., et al. (2012). "Choice in maternity care: associations with unit supply, geographic accessibility and user characteristics." Int J Health Geogr 11: 35.
Prunet, C., et al. (2015). "[Medical care and perinatal health in twin pregnancies: situation in 2010 and recent trends in France]." J Gynecol Obstet Biol Reprod (Paris) 44(2): 184-193.

Public Health England (2016). "Vaccination against pertussis (whooping cough) for pregnant women. Guidance. Public Health England. 22 juin 2016. Disponible sur https://www.gov.uk/government/organisations/public-health-england."

Robson, M. S. (2001). "Can we reduce the caesarean section rate?" Best Pract Res Clin Obstet Gynaecol 15(1): 179-194.

Rosenwald, F. (2006). "Filles et garçons dans le système éducatif depuis vingt ans. Données sociales, édition 2006, Insee Références, 2006."

Saurel-Cubizolles, M., et al. (2013). "Consommation d'alcool pendant la grossesse et santé périnatale en France en 2010. BEH 16-17-18 / 7 mai 2013.".

Sentilhes, L., et al. (2014). "[Postpartum hemorrhage: Guidelines for clinical practice - Text of the Guidelines (short text)]." J Gynecol Obstet Biol Reprod (Paris) 43(10): 1170-1179.

Sikias, P., et al. (2015). "[Early-onset neonatal infection: assessment of professional practices in 14 maternity wards in the Ile-de-France region in 2013]." Arch Pediatr 22(10): 1021-1026.

Tort, J., et al. (2013). "Maternal and health care determinants of preconceptional use of folic acid supplementation in France: results from the 2010 National Perinatal Survey." BJOG 120(13): 1661-1667.

van der Vyver, M., et al. (2002). "Patient-controlled epidural analgesia versus continuous infusion for labour analgesia: a meta-analysis." Br J Anaesth 89(3): 459-465.

Vayssiere, C., et al. (2013). "Prolonged and post-term pregnancies: guidelines for clinical practice from the French College of Gynecologists and Obstetricians (CNGOF)." Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol 169(1): 10-16.

Vendittelli, F., et al. (2012). "Do perinatal guidelines have an impact on obstetric practices?" Rev Epidemiol Sante Publique 60(5): 355-362.

Victory, R., et al. (2004). "Umbilical cord pH and base excess values in relation to adverse outcome events for infants delivering at term." Am J Obstet Gynecol 191(6): 2021-2028.

Tableaux et figures (résultats sur les naissances)

Effectifs de l'échantillon, participation à l'enquête et qualité des données

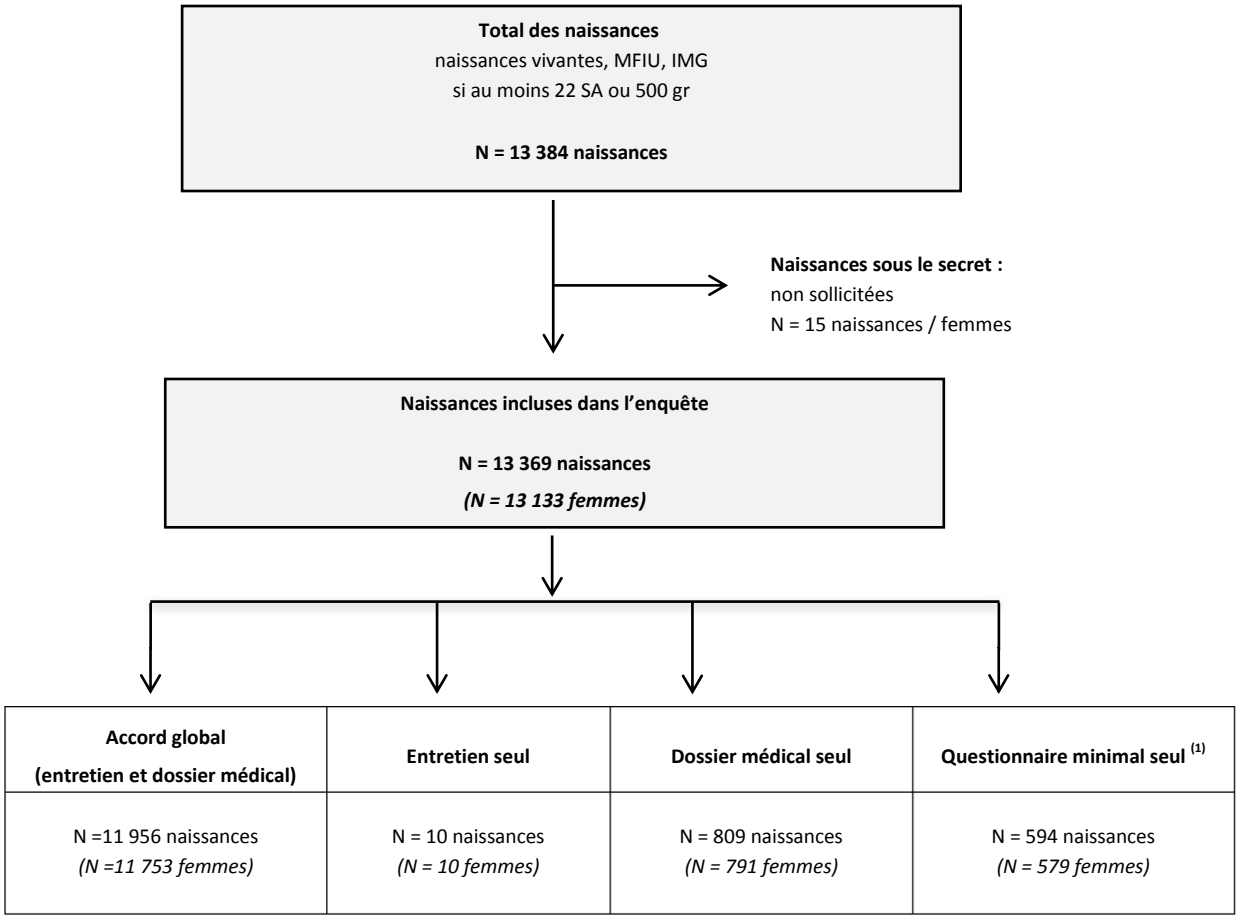
► **Tableau 1. Effectifs de l'échantillon**

	Métropole	DROM	France entière [1]
Départements	96	5	101
Maternités [2]	493	20	513
Femmes	13 148	746	13 894
Naissances	13 384	758	14 142
Uniques	12 914	735	13 649
Gémellaires	455	20	475
Triples	15	3	18
Enfants			
Nés vivants	13 247	751	13 998
Mort-nés	79	5	84
Interruptions médicales de grossesse	58	2	60

(1) Métropole + DROM.

(2) Manquent en métropole 4 maternités ayant refusé de participer, pour un total estimé d'environ 120 naissances. Le nombre total de maternité en France en 2016 est ainsi égal à 517 (dont 497 en métropole).

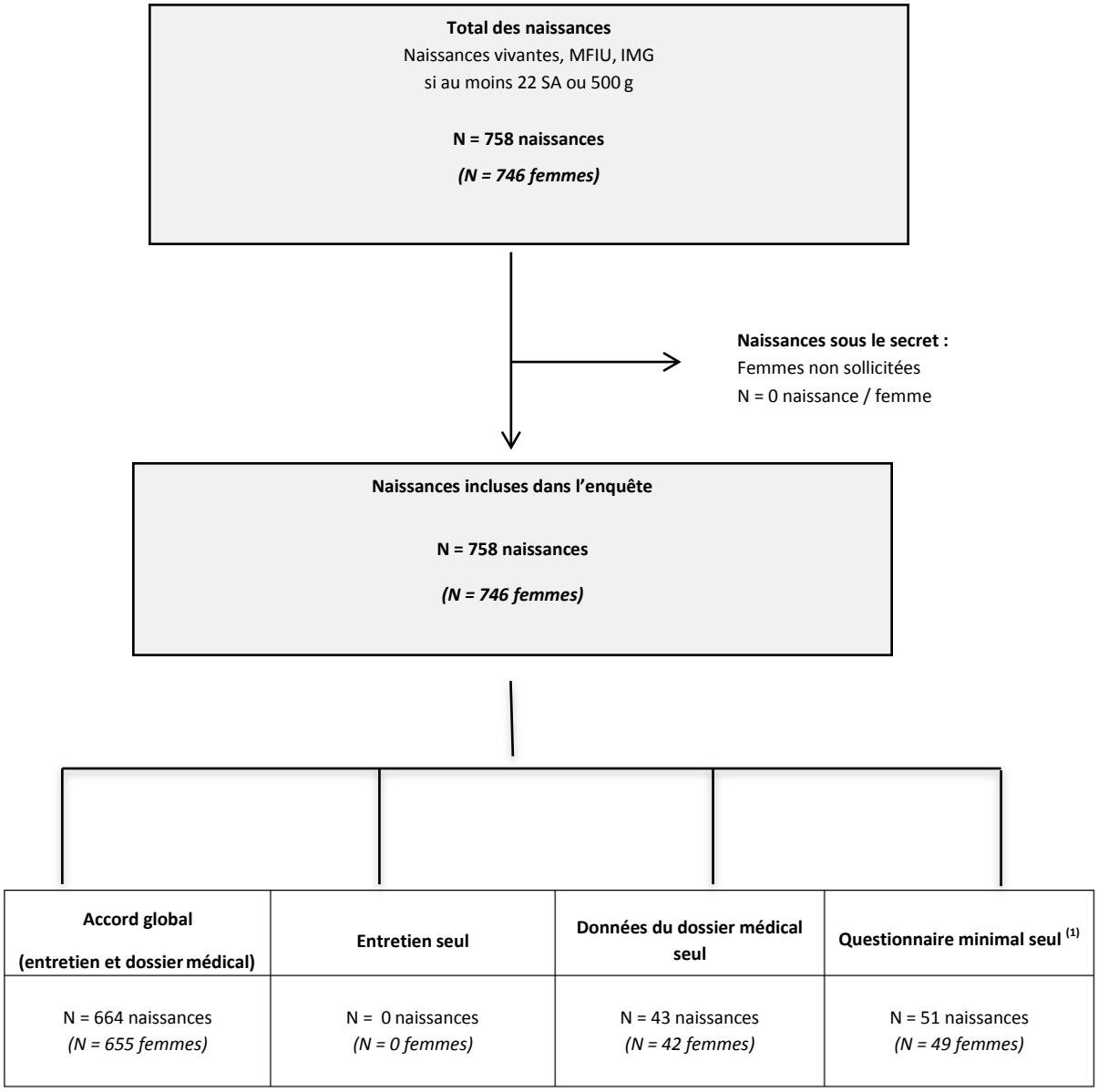
► **Figure 1. Participation à l'enquête nationale périnatale 2016 : France métropolitaine.**



(1) Motifs de non-participation à l'enquête si questionnaire minimal seul : N (%)

- Femme mineure : 56 (9,7 %)
- IMG ou MFIU : 127 (21,9 %)
- Refus de participer à une enquête : 166 (28,7 %)
- État de santé de la mère ou de l'enfant : 77 (13,3 %)
- Problème de langue : 86 (14,9 %)
- Sortie avant le passage de l'enquêteur : 53 (9,1 %)
- Autre : 8 (1,4 %)
- Motif inconnu : 6 (1,0 %)

► **Figure 2. Participation à l'enquête nationale périnatale 2016 : départements et régions d'outre-mer (DROM)**



(1) **Motifs de non-participation à l'enquête si questionnaire minimal seul : N (%)**

- Femme mineure : 24 (49,0 %)
- IMG ou MFIU : 5 (10,2 %)
- Refus de participer à une enquête : 12 (24,4 %)
- État de santé de la mère ou de l'enfant : 4 (8,2 %)
- Problème de langue : 0 (0,0 %)
- Sortie avant le passage de l'enquêteur : 2 (4,1 %)
- Autre : 2 (4,1 %)

► **Tableau 2. Comparaison des caractéristiques des femmes, des accouchements et des nouveau-nés dans l'enquête nationale périnatale et le PMSI**
(France métropolitaine ; ensemble des femmes et des naissances)

		ENP 2016			PMSI 2015
		% (N)	IC à 95%		% (N)
Âge de la femme [1]					
< 20 ans		2,0	1,7 - 2,2		2,0
20 - 24		11,9	11,4 - 12,5		12,5
25 - 29		31,1	30,4 - 32,0		31,7
30 - 34		33,6	32,8 - 34,5		33,3
35 - 39		17,2	16,6 - 17,9		16,4
≥ 40		4,1	3,7 - 4,4		4,1
		(13 127)			(750 718)
Grossesse gémellaire [1,2]		1,8	1,6 - 2,0		1,8
		(13 133)			(750 718)
Mode d'accouchement [1,3]					
Voie basse spontanée		68,2	67,4 - 69,0		67,1
Voie basse instrumentale		12,2	11,7 - 12,8		12,8
Césarienne		19,6	18,9 - 20,2		20,1
		(13 124)			(747 927)
Poids de naissance [4]					
< 1 500 g		1,1	0,9 - 1,3		1,0
1 500-2 499		6,4	6,0 - 6,8		6,4
≥ 2 500		92,5	92,1 - 93,0		92,6
		(13 215)			(756 868)
Âge gestationnel (SA) [4]					
22 - 27	7,5	0,4	0,3 - 0,6	7,2	0,3
28 - 31		0,8	0,6 - 0,9		0,7
32 - 36		6,3	5,9 - 6,7		6,1
≥ 37		92,5	92,0 - 92,9		92,9
		(13 212)			(756 868)
Statut de la maternité [5]					
Public ou ESPIC		76,9	76,2 - 77,6		75,7
Privé		23,1	22,4 - 23,8		24,3
		(13 377)			(763 212)
Niveau de spécialisation [5]					
Type I		22,1	21,4 - 22,8		23,7
Type II		50,7	49,9 - 51,6		50,2
Type III		27,2	26,5 - 28,0		26,1
		(13 373)			(763 212)

(1) Rapporté au nombre total d'accouchements (enfants nés vivants ou mort-nés / IMG).
(2) Selon l'INSEE, taux de grossesse gémellaire en métropole : 13 179 / 754 756 = 1,7 %.
(3) Pour les données du PMSI, rapporté au nombre d'accouchements dans un établissement.
(4) Rapporté au nombre de naissances vivantes.
(5) Rapporté au nombre total de naissances (enfants nés vivants ou mort-nés / IMG).

► **Tableau 3. Comparaison des caractéristiques des femmes, des accouchements et des nouveau-nés dans l'enquête nationale périnatale et le PMSI**
(DROM ; ensemble des femmes et des naissances)

	ENP 2016		PMSI 2015
	% (N)	IC à 95 %	% (N)
Âge de la femme [1]			
< 20 ans	8,7	6,8 - 11,0	9,5
20 - 24	22,0	19,1 - 25,2	21,7
25 - 29	26,5	23,3 - 29,8	25,3
30 - 34	23,9	20,9 - 27,1	23,8
35 - 39	13,4	11,1 - 16,1	14,5
≥ 40	5,5	4,0 - 7,4	5,2
	(745)		(38 472)
Grossesse gémellaire [1]	1,5	0,7 – 2,6	1,6
	(746)		(38 472)
Mode d'accouchement [2]			
Voie basse non instrumentale	71,9	68,5 - 75,1	73,0
Voie basse instrumentale	7,3	5,5 - 9,5	7,8
Césarienne	20,8	17,9 - 23,9	19,2
	(722)		(37 821)
Poids de naissance [3]			
< 1 500 g	1,3	0,6 – 2,4	1,7
1 500 - 2 499	10,8	8,7 - 13,2	10,2
≥ 2 500	87,9	85,3 - 90,1	88,1
	(750)		(38 254)
Âge gestationnel (SA) [3]			
22 - 27	0,5	0,1 - 1,4	0,5
28 - 31	11,5 { 0,8	0,3 - 1,7	10,4 { 1,0
32 - 36	10,2	8,1 - 12,5	8,9
37 - 41	88,1	85,6 - 90,4	89,2
≥ 41	0,4	0,1 - 1,2	0,4
	(749)		(38 254)
Statut de la maternité [4]			
Public ou ESPIC	80,1	77,1 - 82,9	79,5
Privé	19,9	17,1 - 22,9	20,5
	(758)		(38 776)
Niveau de spécialisation [4]			
Type I	11,0	8,8 - 13,4	11,9
Type II	26,5	23,4 - 29,8	28,0
Type III	62,5	59,0 - 66,0	60,1
	(758)		(38 776)

(1) Rapporté au nombre total d'accouchements (enfants nés vivants ou mort-nés / IMG).
(2) Pour les données du PMSI, rapporté au nombre d'accouchements dans un établissement.
(3) Rapporté au nombre de naissances vivantes.
(4) Rapporté au nombre total de naissances (enfants nés vivants ou mort-nés / IMG).

Indicateurs de santé et de pratiques recommandés en France métropolitaine et dans les départements et régions d'outre-mer (DROM)

► **Tableau 4. Indicateurs recommandés : caractéristiques des femmes en métropole**
(France métropolitaine ; ensemble des femmes et des naissances)

	n	%	IC à 95 %
Âge de la femme [(1)]			
< 20 ans (dont mineures)	260	2,0	1,7 - 2,2
20 - 24	1 565	11,9	11,4 - 12,5
25 - 29	4 089	31,1	30,4 - 32,0
30 - 34	4 417	33,7	32,8 - 34,5
35 - 39	2 262	17,2	16,6 - 17,9
≥ 40	534	4,1	3,7 - 4,4
	(13 127)		
Parité [(1)]			
0	5 573	42,5	41,6 - 43,3
1	4 650	35,4	34,6 - 36,2
≥ 2	2 907	22,1	21,4 - 22,9
	(13 130)		
Antécédent de césarienne [(1)]			
Oui	1 497	11,4	10,9 - 12,0
Non	11 631	88,6	88,0 - 89,1
	(13 128)		

(1) Rapporté au nombre de femmes.

Tableau 5. Indicateurs recommandés : l'accouchement en métropole
(France métropolitaine ; ensemble des femmes et des naissances)

	n	%	IC à 95%
Type de grossesse [1]			
Unique	12 899	98,2	98,0 - 98,4
Multiple	234	1,8	1,6 - 2,0
	(13 133)		
Présentation fœtale [2]			
Céphalique	12 579	94,5	94,1 - 94,9
Siège	643	4,8	4,5 - 5,2
Autre	93	0,7	0,6 - 0,8
	(13 315)		
Mode de début de travail [1]			
Travail spontané	8 939	68,1	67,3 - 68,9
Déclenchement	2 957	22,6	21,8 - 23,3
Césarienne avant travail	1 223	9,3	8,8 - 9,8
	(13 119)		
Mode d'accouchement [2]			
Voie basse non instrumentale	9 047	67,7	66,9 - 68,5
Voie basse instrumentale	1 615	12,1	11,5 - 12,7
Césarienne	2 697	20,2	19,5 - 20,9
	(13 359)		
Statut de la maternité [1]			
Public ou ESPIC [3]	10 080	76,7	76,0 - 77,4
Privé à but lucratif	3 061	23,3	22,6 - 24,0
	(13 141)		
Niveau de spécialisation de la maternité [1]			
Type I	2 930	22,3	21,6 - 23,0
Type II	6 684	50,9	50,0 - 51,7
Type III	3 523	26,8	26,1 - 27,6
	(13 137)		

(1) Rapporté au nombre de femmes.

(2) Rapporté au nombre total de naissances (enfants nés vivants ou mort-nés / IMG).

(3) Établissement de santé privé d'intérêt collectif.

Tableau 6. Indicateurs recommandés : le nouveau-né en métropole
(France métropolitaine ; ensemble des femmes et des naissances)

	n	%	IC à 95%
Âge gestationnel [1]			
≤ 32 SA	307	2,3	2,0 - 2,6
33 - 34	206	1,5	1,3 - 1,8
35 - 36	596	4,5	4,1 - 4,8
37	954	7,2	6,7 - 7,6
38	2 082	15,6	15,0 - 16,2
39	3 544	26,5	25,8 - 27,3
40	3 373	25,3	24,5 - 26,0
≥ 41	2 287	17,1	16,5 - 17,8
	(13 349)		
Poids de naissance [1]			
< 1 500 g	230	1,7	1,5 - 2,0
1 500 - 1 999	210	1,6	1,4 - 1,8
2 000 - 2 499	656	4,9	4,5 - 5,3
2 500 - 2 999	2 738	20,5	19,8 - 21,2
3 000 - 3 499	5 224	39,1	38,3 - 40,0
3 500 - 3 999	3 388	25,4	24,7 - 26,1
≥ 4 000	902	6,8	6,3 - 7,2
	(13 348)		
État du nouveau-né à la naissance [1]			
Vivant	13 232	99,0	98,8 - 99,1
Mort-né	79	0,6	0,5 - 0,7
IMG	58	0,4	0,3 - 0,6
	(13 369)		
Apgar à 5 minutes [2]			
< 7	154	1,2	1,0 - 1,4
	(13 200)		
Transfert de l'enfant [2,3]	1 382	10,4	9,9 - 11,0
	(13 228)		
Allaitement maternel (exclusif ou mixte) durant le séjour [2]	8 226	66,5	65,6 - 67,3
	(12 373)		

(1) Rapporté au nombre total de naissances (enfants nés vivants ou mort-nés / IMG).

(2) Rapporté au nombre de naissances vivantes.

(3) Transfert en réanimation, soins intensifs, néonatalogie ou unité kangourou.

Tableau 7. Indicateurs recommandés : caractéristiques des femmes dans les DROM
(DROM ; ensemble des femmes et des naissances)

	n	%	IC 95 %
Âge de la femme [1]			
< 20 ans (dont mineures)	65	8,7	6,8 - 11,0
20 - 24	164	22,0	19,1 - 25,2
25 - 29	197	26,5	23,3 - 29,8
30 - 34	178	23,9	20,9 - 27,1
35 - 39	100	13,4	11,1 - 16,1
≥ 40	41	5,5	4,0 - 7,4
	(745)		
Parité [1]			
0	237	31,8	28,4 - 35,2
1	198	26,5	23,4 - 29,9
≥ 2	311	41,7	38,1 - 45,3
	(746)		
Antécédent de césarienne [1]			
Oui	94	12,6	10,3 - 15,2
Non	652	87,4	84,8 - 89,7
	(746)		

(1) Rapporté au nombre de femmes.

Tableau 8. Indicateurs recommandés : l'accouchement dans les DROM
(DROM ; ensemble des femmes et des naissances)

	n	%	IC 95 %
Type de grossesse [1]			
Unique	735	98,5	97,4 - 99,3
Multiple	11	1,5	0,7 - 2,6
	(746)		
Présentation fœtale [2]			
Céphalique	725	96,0	94,4 - 97,3
Siège	23	3,1	1,9 - 4,5
Autre	7	0,9	0,4 - 1,9
	(755)		
Mode de début de travail [1]			
Travail spontané	532	71,7	68,3 - 74,9
Déclenchement	145	19,5	16,7 - 22,6
Césarienne avant travail	65	8,8	6,8 - 11,0
	(742)		
Mode d'accouchement [2]			
Voie basse non instrumentale	544	71,9	68,5 - 75,0
Voie basse instrumentale	54	7,1	5,4 - 9,2
Césarienne	159	21,0	18,2 - 24,1
	(757)		
Statut de la maternité [1]			
Public ou ESPIC [3]	598	80,2	77,1 - 83,0
Privé	148	19,8	17,0 - 22,9
	(746)		
Niveau de spécialisation de la maternité [1]			
Type I	82	11,0	8,8 - 13,5
Type II	198	26,5	23,4 - 29,9
Type III	466	62,5	58,9 - 66,0
	(746)		

(1) Rapporté au nombre de femmes.

(2) Rapporté au nombre total de naissances (enfants nés vivants ou mort-nés/ IMG).

(3) Établissement de santé privé d'intérêt collectif.

Tableau 9. Indicateurs recommandés : le nouveau-né dans les DROM
(DROM ; ensemble des femmes et des naissances)

	n	%	IC à 95 %
Âge gestationnel [1]			
≤ 32 SA	21	2,8	1,7 - 4,2
33 - 34	14	1,8	1,0 - 3,1
35 - 36	59	7,8	6,0 - 9,9
37	80	10,6	8,5 - 13,0
38	183	24,2	21,2 - 27,4
39	197	26,0	22,9 - 29,3
40	151	19,9	17,2 - 23,0
≥ 41	52	6,9	5,2 - 8,9
	(757)		
Poids de naissance [1]			
< 1 500 g	17	2,2	1,3 - 3,6
1 500 - 1 999	21	2,8	1,7 - 4,2
2 000 - 2 499	60	7,9	6,1 - 10,1
2 500 - 2 999	216	28,5	25,3 - 31,9
3 000 - 3 499	295	39,0	35,5 - 42,5
3 500 - 3 999	117	15,5	12,9 - 18,2
≥ 4 000	31	4,1	2,8 - 5,8
	(757)		
État du nouveau-né à la naissance [1]			
Vivant	751	99,1	98,1 - 99,6
Mort-né	5	0,7	0,2 - 1,5
IMG	2	0,2	0,0 - 0,9
	(758)		
Apgar à 5 minutes [2]			
< 7	8	1,1	0,5 - 2,1
	(748)		
Transfert de l'enfant [2,3]	102	13,6	11,2 - 16,2
	(751)		
Allaitement maternel (exclusif ou mixte) durant le séjour [2]	584	83,1	80,1 - 85,8
	(703)		

(1) Rapporté au nombre total de naissances (enfants nés vivants ou mort-nés / IMG).

(2) Rapporté au nombre de naissances vivantes.

(3) Transfert en réanimation, soins intensifs, néonatalogie ou unité kangourou.

Résultats sur les naissances en métropole

Tableau 10. Caractéristiques sociodémographiques des femmes
(France métropolitaine ; femmes majeures et naissances vivantes)

	2010		2016		
	%	p	n	%	IC à 95 %
Âge de la femme [1,2]					
18 - 19 ans	2,0	< 0,001	204	1,6	1,4 - 1,8
20 - 24	14,6		1 553	12,0	11,4 - 12,6
25 - 29	33,3		4 052	31,3	30,5 - 32,1
30 - 34	30,8		4 377	33,8	33,0 - 34,6
35 - 39	15,8		2 236	17,3	16,6 - 17,9
≥ 40	3,5		519	4,0	3,7 - 4,4
	(14 342)		(12 941)		
Âge moyen	29,7 ± 5,4			30,3 ± 5,2	
Parité [1,2]					
0	43,1	NS	5 464	42,2	41,4 - 43,1
1	34,6		4 609	35,6	34,8 - 36,4
2	14,5		1 854	14,3	13,7 - 14,9
3	5,1		625	4,8	4,5 - 5,2
≥ 4	2,7		393	3,1	2,8 - 3,3
	(14 332)		(12 945)		
Statut marital [1]					
Mariée	47,5	< 0,001	4 761	40,6	39,9 - 41,4
Pacsée	} 52,5		2 123	18,1	17,5 - 18,7
Célibataire			4 832	41,3	40,5 - 42,0
	(13 862)		(11 716)		
Vie en couple [1,3]					
Oui, dans le même logement	} 93,0	–	10 752	91,6	91,1 - 92,1
Oui, dans des logements différents			374	3,2	2,9 - 3,5
Non	7,0		610	5,2	4,9 - 5,6
	(13 887)		(11 736)		
Habitat en fin de grossesse [1]					
Logement personnel	93,6	NS	11 022	93,9	93,5 - 94,2
Famille, amis	5,5		612	5,2	4,9 - 5,6
Foyer d'accueil, hôtel	0,8		99	0,8	0,7 - 1,0
Autre	0,1		9	0,1	0,0 - 0,1
	(13 804)		(11 742)		

(1) Rapporté au nombre de femmes.

(2) Indicateur recommandé (échantillon incluant les femmes non-participantes).

(3) Formulation des questions différente en 2010 et 2016 (en 2010, pas de détail sur le lieu de vie pour les femmes en couple).

Tableau 11. Origine et niveau d'études des femmes
(France métropolitaine ; femmes majeures et naissances vivantes)

	2010		2016		
	%	p	n	%	IC à 95 %
Nationalité [1]					
Française	86,7	NS	10 083	85,9	85,4 - 86,5
Européenne	3,3		416	3,5	3,3 - 3,8
Afrique du Nord	4,8		587	5,0	4,7 - 5,4
Autre pays d'Afrique	2,9		406	3,5	3,2 - 3,8
Autre nationalité	2,3		243	2,1	1,9 - 2,3
	(13 985)		(11 735)		
Pays de naissance [1]					
France	81,7	NS	9 569	81,4	80,8 - 82,0
Autre pays d'Europe	3,9		463	3,9	3,7 - 4,2
Afrique du Nord	7,1		827	7,0	6,7 - 7,4
Autre pays d'Afrique	4,3		550	4,7	4,4 - 5,0
Autre pays	3,0		352	3,0	2,7 - 3,3
	(13 919)		(11 761)		
Délai entre l'arrivée en France et l'accouchement [1,2]					
≤ 1 an	9,3	< 0,001	230	11,5	10,3 - 12,7
2 à 5 ans	26,8		563	28,1	26,4 - 29,8
6 à 9 ans	28,2		449	22,4	20,9 - 24,0
≥ 10 ans	35,7		762	38,0	36,2 - 39,8
	(2 389)		(2 004)		
Niveau d'études [1]					
Non scolarisée, primaire	2,4	< 0,001	187	1,6	1,4 - 1,8
Collège (6e à 3e)	8,1		728	6,2	5,9 - 6,6
Enseignement prof. court	17,6		1 761	15,1	14,6 - 15,7
Lycée, ens. général	9,3		1 008	8,7	8,2 - 9,1
Lycée, ens. professionnel	7,5		1 173	10,1	9,6 - 10,5
Lycée, ens. technique	3,0		340	2,9	2,7 - 3,2
Bac. + 1 ou 2 ans	21,4		2 247	19,3	18,7 - 19,9
Bac. + 3 ou 4 ans	17,8		2 124	18,2	17,6 - 18,8
Bac. + 5 ans et plus	12,9		2 093	17,9	17,4 - 18,5
	(13 933)		(11 661)		

(1) Rapporté au nombre de femmes.

(2) Pour les femmes nées à l'étranger et vivant en France, délai calculé à partir de la réponse à la question suivante : « en quelle année êtes-vous arrivée en France ? ».

Tableau 12. Activité et catégorie professionnelle des femmes
(France métropolitaine ; femmes majeures et naissances vivantes)

	2010		2016		
	%	p	n	%	IC à 95 %
Situation professionnelle de la femme en fin de grossesse [1]					
En emploi	70,2	< 0,001	7 830	68,1	67,3 - 69,0
Femme au foyer	13,9		1 394	12,1	11,5 - 12,7
Étudiante	2,4		236	2,1	1,8 - 2,3
Au chômage	12,8		1 928	16,8	16,1 - 17,5
Autre situation	0,7		108	0,9	0,8 - 1,1
	(13 452)		(11 496)		
Profession de la femme [1,2,3]					
Agricultrice	–		31	0,4	0,3 - 0,5
Artisan, commerçante	–		242	3,1	2,8 - 3,5
Cadre	–		1 025	13,3	12,6 -13,9
Profession intermédiaire	–		3 111	40,3	39,4 - 41,2
Employée de la fonction publique	–		1 701	22,0	21,3 - 22,8
Employée (sans précision)	–		41	0,5	0,4 - 0,7
Employée de commerce	–		526	6,8	6,3 – 7,3
Personnel de service	–		687	8,9	8,4 - 9,4
Ouvrière qualifiée	–		184	2,4	2,1 - 2,7
Ouvrière non qualifiée	–		126	1,6	1,4 - 1,9
Ouvrière (qualif. non précisée)	–		20	0,3	0,2 - 0,4
Ouvrière agricole	–		31	0,4	0,3 - 0,5
			(7 725)		
Exercice d'un emploi pendant la grossesse [1]					
Oui	70,4	NS	8 308	70,8	70,1 - 71,5
Non	29,6		3 425	29,2	28,5 - 29,9
	(13 973)		(11 733)		
Quotité du temps de travail [1]					
Temps plein	79,4	NS	6 383	78,5	77,7 - 79,3
Temps partiel	20,6		1 748	21,5	20,8 - 22,3
	(9 654)		(8 131)		
Âge gestationnel à l'arrêt de l'activité professionnelle [1]					
1 - 14 SA	9,3	< 0,001	810	9,9	9,3 - 10,6
15 - 22	15,6		1374	16,8	16,0 - 17,6
23 - 28	22,8		1909	23,3	22,4 - 24,2
29 - 32	26,0		1812	22,1	21,2 - 23,0
≥ 33	26,3		2290	27,9	27,0 - 28,9
	(9 503)		(8 195)		

(1) Rapporté au nombre de femmes.

(2) Codage automatisée de la profession à partir du programme *SICORE* (INSEE).

(3) Si emploi en fin de grossesse.

Tableau 13. Activité et catégorie professionnelle du/de la partenaire [1]
(France métropolitaine ; femmes majeures et naissances vivantes)

	2010		2016		
	%	p	n	%	IC à 95 %
Situation du / de la partenaire au moment de l'entretien [1]					
En emploi	88,7	< 0,001	9 646	87,9	87,4 - 88,4
Étudiant(e)	1,1		104	0,9	0,8 - 1,1
Au chômage	8,7		1 082	9,9	9,4 - 10,3
Autre situation	1,5		139	1,3	1,1 - 1,5
	(13 356)		(10 971)		
Profession du / de la partenaire [1,2,3]					
Agriculteur/-trice	–		162	1,7	1,5 - 2,0
Artisan, commerçant(e)	–		822	8,7	8,3 - 9,2
Cadre	–		1 580	16,8	16,2 - 17,5
Profession intermédiaire	–		2 365	25,2	24,4 - 25,9
Employé(e) de la fonction publique	–		1 049	11,2	10,6 - 11,7
Employé(e) (sans précision)	–		24	0,3	0,2 - 0,4
Employé(e) de commerce	–		154	1,6	1,4 - 1,9
Personnel de service	–		152	1,6	1,4 - 1,9
Ouvrièr(e) qualifiée	–		2 221	23,6	22,9 - 24,4
Ouvrièr(e) non qualifiée	–		651	6,9	6,5 - 7,4
Ouvrièr(e) (qualif. non précisée)	–		109	1,2	1,0 - 1,4
Ouvrièr(e) agricole	–		111	1,2	1,0 - 1,4
			(9 400)		

(1) Rapporté au nombre de femmes ayant répondu à la question, y compris si elles ont répondu qu'elles n'étaient pas en couple au moment de l'entretien.

(2) Codage automatisée de la profession à partir du programme *SICORE* (INSEE).

(3) Si emploi au moment de l'entretien.

Tableau 14. Ressources du ménage et couverture sociale des femmes
(France métropolitaine ; femmes majeures et naissances vivantes)

	2010		2016		
	%	p	n	%	IC à 95 %
Revenus du ménage liés à une activité professionnelle [1]					
Oui	90,9	NS	10 668	91,1	90,7 - 91,6
Non	9,1		1 038	8,9	8,4 - 9,3
	(13 686)		(11 706)		
Ensemble des ressources du ménage [1,2]					
Allocation d'aide au retour à l'emploi	14,5	–	1 766	15,1	14,5 - 15,6
RSA ou prime d'activité	8,4		1 159	9,9	9,4 - 10,4
Autres aides	2,9		302	2,6	2,3 - 2,8
Revenus du travail	73,5		8 430	71,8	71,2 - 72,6
Aucune ressource	0,7		73	0,6	0,5 - 0,8
	(13 739)		(11 730)		
Montant mensuel des ressources du ménage [1]					
< 500 euros	2,0	< 0,001	235	2,0	1,8 - 2,3
500 - 999	7,8		872	7,6	7,2 - 8,0
1 000 - 1 499	10,2		991	8,6	8,2 - 9,0
1 500 - 1 999	14,7		1 461	12,6	12,1 - 13,2
2 000 - 2 999	30,6		3 198	27,7	27,0 - 28,4
3 000 - 3 999	20,9		2 704	23,4	22,8 - 24,1
≥ 4000	13,8		2 094	18,1	17,5 - 18,7
	(13 443)		(11 555)		
Couverture sociale en début de grossesse [1]					
Assurance maladie obligatoire	86,2	NS	10 069	85,8	85,2 - 86,3
CMU	*12,8*		1 376	11,7	11,2 - 12,2
AME			127	1,1	0,9 - 1,3
Aucune	1,0		169	1,4	1,3 - 1,6
	(13 801)		(11 741)		
Couverture maladie complémentaire [1]					
Mutuelle, assurance privée, institution de prévoyance	–		9 587	82,1	81,6 - 82,7
CMU complémentaire	–		1 069	9,2	8,7 - 9,6
Aucune	–		1 013	8,7	8,3 - 9,1
			(11 669)		
Indice de précarité [1,3]					
0	–		9 231	78,5	77,7 – 79,2
1	–		1 237	10,5	10,0 – 11,1
2	–		851	7,2	6,8 – 7,7
3	–		443	3,8	3,4 – 4,1
			(11 762)		

(1) Rapporté au nombre de femmes.

(2) Si plusieurs sources de revenu, sélection selon l'ordre présenté ici.

(3) Combine les variables suivantes : « ne pas vivre en couple », « RSA / prime d'activité dans le ménage », « être assurée par la CMU, l'AME ou ne pas avoir d'assurance sociale », et « ne pas avoir de logement personnel » ; Indice de 0 = non défavorisé à 3 = très défavorisé.

Tableau 15. Contraception et traitements de l'infertilité
(France métropolitaine ; femmes majeures et naissances vivantes)

	2010		2016		
	%	p	n	%	IC à 95 %
Usage d'une contraception dans le passé [1]					
Oui	91,8	NS	10 775	91,7	91,3 - 92,2
Non	8,2		970	8,3	7,8 - 8,7
	(13 733)		(11 745)		
Dernière méthode de contraception utilisée [1,2]					
Aucune	8,4	< 0,001	970	8,3	7,9 - 8,7
Pilule	73,8		7 371	62,8	62,1 - 63,6
Dispositif intra-utérin	5,6		1 121	9,6	9,1 - 10,0
Implant, patch, anneau vaginal	2,6		576	4,9	4,6 - 5,3
Préservatif masculin	8,2		1 306	11,1	10,7 - 11,6
Retrait	0,6		219	1,9	1,7 - 2,1
Abstinence périodique	0,5		134	1,1	1,0 - 1,3
Autre méthode	0,3		30	0,3	0,2 - 0,4
	(13 444)		(11 727)		
Motif d'arrêt de la contraception [3]					
Souhait d'avoir un enfant	80,1	< 0,001	8 124	78,1	77,4 - 78,8
Était enceinte (grossesse sous contraception)	7,4		966	9,3	8,8 - 9,8
Autre motif [4]	12,5		1 311	12,6	12,1 - 13,2
	(12 580)		(10 401)		
Traitements de l'infertilité [1]					
Aucun	94,3	< 0,001	10 896	93,1	92,7 - 93,5
FIV	2,3		388	3,3	3,1 - 3,6
Insémination artificielle	1,0		117	1,0	0,9 - 1,2
Inducteurs de l'ovulation	2,4		300	2,6	2,3 - 2,8
	(13 587)		(11 701)		
Consultation en prévision de cette grossesse [1]					
Oui	–		4 126	35,3	34,6 - 36,1
Non	–		7 558	64,7	64,0 - 65,4
			(11 684)		

(1) Rapporté au nombre de femmes.

(2) Si plusieurs méthodes déclarées, sélection selon l'ordre présenté ici.

(3) Rapporté au nombre de femmes ayant déjà utilisé une méthode de contraception.

(4) En 2016 : dont 66,3 % pour lesquelles la contraception pouvait être jugée comme non adaptée (contre-indication médicale, mauvaise tolérance, mauvaise observance).

Tableau 16. Contexte psychologique durant la grossesse
(France métropolitaine ; femmes majeures et naissances vivantes)

	2010		2016		
	%	p	n	%	IC à 95 %
Réaction à la découverte de la grossesse [1]					
Heureuse d'être enceinte maintenant	75,5	< 0,001	8 499	72,5	71,8 - 73,2
Grossesse souhaitée plus tôt	11,1		1 382	11,8	11,3 - 12,3
Grossesse souhaitée plus tard	10,3		1 424	12,2	11,7 - 12,7
Aurait préféré ne pas être enceinte	3,1		413	3,5	3,3 - 3,8
	(13 814)		(11 718)		
État psychologique durant la grossesse [1]					
Bien	69,3	NS	7 929	67,7	67,0 - 68,4
Assez bien	21,8		2 599	22,2	21,6 - 22,8
Assez mal	6,4		857	7,3	6,9 - 7,7
Mal	2,5		328	2,8	2,6 - 3,1
	(13 455)		(11 713)		
Vécu de la grossesse [1]					
Au moins 2 semaines consécutives avec le sentiment d'être triste, déprimée, sans espoir [2]					
Oui	–		2 737	23,6	23,0 - 24,3
Non	–		8 851	76,4	75,6 - 77,1
			(11 588)		
Au moins 2 semaines consécutives avec une perte d'intérêt pour la plupart des choses, comme les loisirs [2]					
Oui	–		2 099	18,2	17,6 - 18,8
Non	–		9 460	81,8	81,1 - 82,5
			(11 559)		
Violences physiques durant la grossesse [2]					
Oui	–		199	1,7	1,5 - 2,0
Non	–		11 282	98,3	98,0 - 98,5
			(11 481)		
Consultation d'un professionnel pour difficultés psychologiques [1,3]					
Non	95,2	< 0,001	10 953	93,6	93,2 - 94,0
Oui, avec un psychiatre	0,9		138	1,2	1,0 - 1,4
Oui, avec un autre médecin	0,5		56	0,5	0,4 - 0,6
Oui, avec un psychologue ou psychothérapeute	3,2		512	4,4	4,1 - 4,7
Oui, avec un autre professionnel	0,2		42	0,3	0,3 - 0,5
	(13 682)		(11 701)		

(1) Rapporté au nombre de femmes.

(2) Réponses issues de l'auto-questionnaire.

(3) Lorsque plusieurs professionnels, sélection du professionnel selon l'ordre présenté ici.

Tableau 17. Poids et taille de la femme
(France métropolitaine ; femmes majeures et naissances vivantes)

	2010		2016		
	%	p	n	%	IC à 95 %
Taille [(1)]					
< 150 cm	0,5	NS	57	0,5	0,4 - 0,6
150 - 159	19,2		2 149	18,4	17,8 - 19,0
160 - 169	56,8		6 744	57,9	57,1 - 58,6
170 - 179	22,4		2 587	22,2	21,6 - 22,8
≥ 180	1,1		121	1,0	0,9 - 1,2
	(13 712)		(11 658)		
Poids avant la grossesse [(1)]					
< 40 kg	0,2	< 0,001	25	0,2	0,2 - 0,3
40 - 49	9,2		943	8,1	7,7 - 8,5
50 - 59	35,8		3 791	32,5	31,8 - 33,2
60 - 69	29,7		3 424	29,4	28,7 - 30,1
70 - 79	13,1		1 816	15,6	15,0 - 16,1
≥ 80	12,0		1 661	14,2	13,7 - 14,8
	(13 770)		(11 660)		
IMC avant la grossesse [(1)]					
< 18,5	8,2	< 0,001	863	7,4	7,1 - 7,9
18,5 - 24,9	64,6		7 045	60,8	60,0 - 61,5
25 - 29,9	17,3		2 312	20,0	19,3 - 20,6
30 - 34,9	6,8		941	8,1	7,7 - 8,6
≥ 35	3,1		427	3,7	3,4 - 4,0
	(13 551)		(11 588)		
Prise de poids pendant la grossesse [(1)]					
< 5 kg	4,5	< 0,001	702	6,1	5,7 - 6,4
5 à 9	15,7		2 077	17,9	17,3 - 18,5
10 à 12	25,5		2 842	24,5	23,9 - 25,2
13 à 15	24,3		2 721	23,5	22,8 - 24,1
16 à 19	17,5		1 932	16,7	16,1 - 17,3
≥ 20	12,5		1 314	11,3	10,9 - 11,8
	(13 664)		(11 588)		
Prise de poids moyenne (kg)	13,3 ± 5,8			12,8 ± 5,8	

(1) Rapporté au nombre de femmes.

Tableau 18. Consommation de tabac et de cannabis
(France métropolitaine ; femmes majeures et naissances vivantes)

	2010		2016		
	%	p	n	%	IC à 95 %
Consommation de tabac juste avant la grossesse [(1)]					
Oui	30,6	NS	3 525	30,0	29,3 - 30,7
Non	69,4		8 217	70,0	69,3 - 70,7
	(13 831)		(11 742)		
Nombre de cigarettes/jour avant la grossesse [(1)]					
0	69,6	NS	8 217	70,2	69,5 - 70,9
1 à 9	10,8		1 350	11,6	11,1 - 12,0
≥ 10	19,6		2 132	18,2	17,6 - 18,8
	(13 798)		(11 699)		
Nombre de cigarettes/jour au 3ème trimestre de grossesse [(1)]					
0	83,0	NS	9 798	83,4	82,9 - 84,0
1 à 9	12,2		1 447	12,3	11,8 - 12,8
≥ 10	4,8		499	4,3	4,0 - 4,6
	(13 952)		(11 744)		
Consommation de cannabis durant la grossesse [(1)]					
Oui	1,1	-	244	2,1	1,8 - 2,4
Non	98,9		11 327	97,9	97,6 - 98,1
	(13 686)		(11 571)		
Fréquence de consommation de cannabis durant la grossesse [(1)]					
< 1 fois / mois	50,8	-	69	42,1	34,4 - 50,0
1 à 2 fois / mois	16,7		24	14,6	9,6 - 21,0
≥ 3 fois / mois	32,5		71	43,3	35,6 - 51,2
	(126)		(164)		

(1) Rapporté au nombre de femmes.

► **Tableau 19. Attention portée à la consommation de tabac et d'alcool par les professionnels pendant le suivi de grossesse**
(France métropolitaine ; femmes majeures et naissances vivantes)

	2010		2016		
	%	p	n	%	IC à 95 %
Question posée sur la consommation de tabac [1]					
Oui	_		9 367	79,9	79,2 - 80,5
Non	_		2 363	20,1	19,5 - 20,8
			(11 730)		
Conseils donnés pour arrêter de fumer (si consommation pendant la grossesse) [1,2]					
Oui	_		1 446	46,3	44,5 - 48,1
Non	_		1 678	53,7	52,0 - 55,5
			(3 124)		
Question posée sur la consommation d'alcool [1]					
Oui	_		7 870	67,1	66,3 - 68,0
Non	_		3 855	32,9	32,0 - 33,7
			(11 725)		
Recommandation de ne pas consommer d'alcool pendant la grossesse [1]					
Oui	_		3 400	29,3	28,5 - 30,2
Non	_		8 196	70,7	69,8 - 71,5
			(11 596)		

(1) Rapporté au nombre de femmes.

(2) Exclusion des femmes ayant déclaré ne pas fumer durant leur grossesse.

Tableau 20. Déclaration de grossesse
(France métropolitaine ; femmes majeures et naissances vivantes)

	2010		2016		
	%	p	n	%	IC à 95 %
Déclaration de grossesse [1]					
Oui	99,6	NS	11 675	99,4	99,3 - 99,5
Non	0,4		67	0,6	0,5 - 0,7
	(14 075)		(11 742)		
Trimestre de déclaration [1]					
1er	92,4	NS	10 770	92,7	92,4 - 93,2
2ème	6,5		717	6,2	5,8 - 6,6
3ème	1,1		124	1,1	0,9 - 1,2
	(13 658)		(11 611)		
Motif de déclaration tardive (2ème ou 3ème trimestre) [1]					
Découverte tardive de la grossesse	–		309	37,8	35,0 - 40,7
Délai d'attente long pour obtenir un rdv	–		46	5,6	4,4 - 7,1
N'était pas en France (vacances, etc.)	–		63	7,7	6,2 - 9,4
Ne savait pas que la déclaration devait être faite au 1er trimestre	–		109	13,4	11,4 - 15,5
Autre	–		290	35,5	32,7 - 38,4
			(817)		
Professionnel ayant réalisé la déclaration de grossesse [1]					
Généraliste	22,0	< 0,001	2 144	18,5	17,9 - 19,1
Gynécologue-Obstétricien libéral [2]	72,8		6 032	52,1	51,3 - 52,8
Gynécologue-Obstétricien en maternité publique [2]			1 630	14,1	13,5 - 14,6
Sage-femme en maternité publique	3,4	< 0,001	859	7,4	7,0 - 7,8
Sage-femme libérale	1,1	< 0,001	676	5,8	5,5 - 6,2
PMI [2]	–		214	1,8	1,7 - 2,1
Autre [2]	–		31	0,3	0,2 - 0,4
	(13 639)		(11 586)		

(1) Rapporté au nombre de femmes.

(2) Formulation des questions différente en 2010 et 2016 ; réponses aux questions non comparables.

Tableau 21. Consultations prénatales : professionnels consultés pendant la grossesse
(France métropolitaine ; femmes majeures et naissances vivantes)

	2010		2016		
	%	p	n	%	IC à 95 %
Professionnels consultés après la déclaration de grossesse [1,2]					
Généraliste	23,8	< 0,001	2 254	19,3	18,7 - 19,9
	(13 329)		(11 690)		
Gynécologue-Obstétricien en ville ou en maternité privée	–		6 667	57,0	56,2 - 57,7
			(11 700)		
Gynécologue-Obstétricien en maternité publique	–		3 873	33,1	32,4 - 33,8
			(11 695)		
Sage-femme libérale	16,0	< 0,001	2 948	25,2	24,6 - 25,9
	(13 321)		(11 694)		
Sage-femme en maternité publique	39,5	NS	4 761	40,7	40,0 - 41,5
	(13 386)		(11 695)		
PMI	5,3	NS	633	5,4	5,1 - 5,8
	(13 664)		(11 691)		
Professionnel principalement responsable du suivi durant les 6 premiers mois [1,2,3]					
Généraliste	4,7		761	6,5	6,2 - 6,9
Gynécologue-Obstétricien libéral	*66,9*		5 785	49,7	48,9 - 50,4
Gynécologue-Obstétricien en maternité publique			1 858	16,0	15,4 - 16,5
Sage-femme libérale	*11,6*		988	8,5	8,1 - 8,9
Sage-femme en maternité publique			1 728	14,8	14,3 - 15,4
PMI	–		267	2,3	2,1 - 2,5
Plusieurs de ces professionnels	–		258	2,2	2,0 - 2,5
	(13 695)		(11 645)		

(1) Rapporté au nombre de femmes.

(2) Formulation des questions différente en 2010 et 2016 ; réponses aux questions non comparables.

(3) Professionnel principal sur l'ensemble de la grossesse en 2010.

Tableau 22. Nombre de consultations prénatales
(France métropolitaine ; femmes majeures ayant eu un enfant vivant)

	2010		2016		
	%	p	n	%	IC à 95 %
Nombre total de consultations prénatales [(1)]					
0	0,0	NS	11	0,1	0,1 - 0,2
1 à 3	1,0		79	0,7	0,6 - 0,8
4 à 5	3,0		335	2,9	2,6 - 3,2
6	4,4		490	4,2	3,9 - 4,5
7	13,3		1 379	11,9	11,4 - 12,4
8	15,9		1 943	16,7	16,2 - 17,3
9	17,3		2 076	17,9	17,3 - 18,5
10	15,2		1 804	15,5	15,0 - 16,1
11 ou 12	13,9		1 658	14,3	13,8 - 14,8
13 ou 14	6,0		677	5,8	5,5 - 6,2
15 ou 16	5,4		618	5,3	5,0 - 5,7
17 ou plus	4,6		540	4,7	4,3 - 5,0
	(13 665)		(11 610)		
Nombre moyen de consultations	9,9 ± 3,7			10,0 ± 3,8	
Au moins une consultation auprès de l'équipe responsable de l'accouchement [(1)]					
Oui	94,8	NS	10 971	93,7	93,3 - 94,1
Non	5,2		739	6,3	6,0 - 6,7
	(13 631)		(11 710)		
Nombre de consultations aux urgences de la maternité [(1)]					
0	–		4 835	41,5	40,8 - 42,3
1	–		3 280	28,2	27,5 - 28,9
2	–		1 808	15,5	15,0 - 16,1
3 ou 4	–		1 290	11,1	10,6 - 11,6
≥ 5	–		434	3,7	3,4 - 4,0
			(11 647)		

(1) Rapporté au nombre de femmes.

Tableau 23. Examens de dépistage et de diagnostic durant la grossesse
(France métropolitaine ; femmes majeures et naissances vivantes)

	2010		2016		
	%	p	n	%	IC à 95 %
Nombre total d'échographies [1]					
0	0,1	< 0,001	7	0,1	0,0 - 0,1
1 ou 2	1,5		110	0,9	0,8 - 1,1
3	31,3		2 834	24,3	23,6 - 25,0
4 ou 5	38,4		4 532	38,8	38,1 - 39,6
≥ 6	28,7		4 186	35,9	35,1 - 36,6
	(13 997)		(11 669)		
Nombre moyen d'échographies	5,0 ± 2,5			5,5 ± 2,8	
Mesure échographique de la clarté nucale [1]					
Oui	85,0	< 0,001	10 195	87,0	86,5 - 87,5
Non	5,6		715	6,1	5,7 - 6,5
Ne sait pas	9,4		808	6,9	6,5 - 7,3
	(14 059)		(11 718)		
Dépistage sérique du risque de trisomie 21 [1]					
Oui	84,2	< 0,001	10 150	88,2	87,7 - 88,7
Non, non proposé	1,9		73	0,6	0,5 - 0,8
Non, dépistage refusé	5,5		563	4,9	4,6 - 5,2
Non, consultation trop tardive	2,7		246	2,1	1,9 - 2,4
Non, caryotype fœtal d'emblée / DPNI	1,2		19	0,2	0,1 - 0,2
Non, autre motif ou non précisé	1,8		417	3,6	3,3 - 3,9
Ne sait pas	2,7		38	0,4	0,3 - 0,4
	(13 729)		(11 506)		
Geste invasif de diagnostic anténatal [1]					
Oui, amniocentèse	8,7	< 0,001	381	3,6	3,3 - 3,9
Oui, biopsie de trophoblaste	0,5		67	0,6	0,5 - 0,8
Non	88,8		10 006	93,3	92,9 - 93,7
Ne sait pas	2,0		272	2,5	2,3 - 2,8
	(12 536)		(10 726)		
Dépistage du diabète gestationnel [1]					
Oui	86,0	< 0,001	8 590	73,2	72,5 - 73,9
Non	12,2		3 042	25,9	25,3 - 26,6
Ne sait pas	1,8		106	0,9	0,8 - 1,1
	(13 800)		(11 738)		
Frottis cervico-utérin (FCU) durant la grossesse [1,2]					
Oui, pendant la grossesse	28,5	< 0,001	2 689	23,1	22,3 - 23,9
Oui, dans les 3 ans précédant la grossesse	38,5		5 478	47,0	46,1 - 47,9
Non	20,5		2 296	19,7	19,0 - 20,4
Ne sait pas	12,5		1 193	10,2	9,7 - 10,8
	(13 773)		(11 656)		

(1) Rapporté au nombre de femmes.

(2) En 2010, dans les 2 ans précédents, conformément aux recommandations.

Tableau 24. Soutien des femmes pendant la grossesse (partie I)
(France métropolitaine ; femmes majeures et naissances vivantes)

	2010		2016		
	%	p	n	%	IC à 95 %
Entretien prénatal précoce (EPP) [1]					
Oui	21,4	< 0,001	3 350	28,5	27,9 - 29,2
Non	75,9		8 036	68,5	67,8 - 69,2
Ne sait pas	2,7		349	3,0	2,7 - 3,3
	(13 735)		(11 735)		
Si EPP, professionnel ayant réalisé l'EPP [1]					
Sage-femme à la maternité	50,3	< 0,001	1 371	42,7	41,3 - 44,2
Sage-femme libérale	35,4		1 514	47,2	45,7 - 48,6
Sage-femme de PMI	9,6		201	6,3	5,6 - 7,0
Gynécologue-Obstétricien	3,7		107	3,3	2,8 - 3,9
Autre	1,0		17	0,5	0,3 - 0,8
	(2 883)		(3 210)		
Si EPP, terme au moment de l'EPP [1]					
1er au 3ème mois (< 14 SA)	16,4	NS	563	17,8	16,7 - 19,0
4ème mois	30,4		1 027	32,5	31,1 - 33,9
5ème mois	19,9		614	19,4	18,3 - 20,6
6ème mois	15,4		441	14,0	13,0 - 15,0
7ème au 9ème mois	17,9		514	16,3	15,2 - 17,4
	(2 275)		(3 159)		
Si EPP, orientation vers un autre professionnel à l'issue de l'EPP [1]					
Oui	–		473	14,6	13,6 - 15,6
Non	–		2 770	85,4	84,4 - 86,4
			(3 243)		
Préparation à la naissance et à la parentalité (PNP) [1]					
Primipares					
Oui	74,0	< 0,001	3 873	77,9	76,7 - 79,1
Non	26,0		1 098	22,1	20,9 - 23,3
	(6 015)		(4 971)		
Multipares					
Oui	28,6	< 0,001	2 280	33,8	32,7 - 35,0
Non	71,4		4456	66,2	65,0 - 67,3
	(7 882)		(6 736)		
Si PNP, nombre de séances [1]					
< 4	19,7	NS	1 184	19,4	18,5 - 20,2
4 à 6	36,7		2 279	37,2	36,2 - 38,3
7 ou 8	39,5		2 382	38,9	37,9 - 40,0
≥ 9	4,1		275	4,5	4,1 - 5,0
	(6 582)		(6 120)		

(1) Rapporté au nombre de femmes.

Tableau 25. Soutien des femmes pendant la grossesse (partie II)
(France métropolitaine ; femmes majeures et naissances vivantes)

	2010		2016		
	%	p	n	%	IC à 95 %
Visites à domicile par une sage-femme [1]					
Oui, par une sage-femme de PMI	5,7	< 0,001	547	4,7	4,4 - 5,0
Oui, par une sage-femme libérale	8,4		1 479	12,7	12,2 - 13,2
Oui, par une sage-femme de l'hôpital	0,1		44	0,4	0,3 - 0,5
Oui, autre [2]	0,4		74	0,6	0,5 - 0,8
Non	85,4		9 523	81,6	81,0 - 82,2
	(13 679)		(11 667)		
Entretien avec un(e) assistant(e) de service social pendant la grossesse [1]					
Oui	–		1 036	8,8	8,4 - 9,3
Non	–		10 704	91,2	90,7 - 91,6
			(11 740)		
Réception du carnet de maternité [1]					
Oui	59,1	< 0,001	6 616	56,4	55,7 - 57,2
Non	37,9		4 745	40,5	39,7 - 41,2
Ne sait pas	3,0		361	3,1	2,8 - 3,4
	(13 676)		(11 722)		
Modalité de réception du carnet [1]					
Cabinet du médecin ou de la sage-femme	16,0	< 0,001	1 405	21,8	20,9 - 22,6
Maternité	17,7		1 790	27,7	26,8 - 28,7
Voie postale	64,3		3 136	48,6	47,6 - 49,6
Ne sait pas	2,0		120	1,9	1,6 - 2,2
	(7 953)		(6 451)		

(1) Rapporté au nombre de femmes.

(2) SF de différents statuts ou de statut inconnu.

Tableau 26. Information et prévention durant la grossesse
(France métropolitaine ; femmes majeures et naissances vivantes)

	2010		2016		
	%	p	n	%	IC à 95 %
Début de prise d'acide folique avant la grossesse en prévention des AFTN [1,2]					
Oui	14,8	< 0,001	2 591	23,2	22,6 - 23,9
Non	85,2		8 563	76,8	76,1 - 77,4
	(12 767)		(11 154)		
Consultation de diététique (ou réunion d'information) [1]					
Oui	–		1 484	12,6	12,1 - 13,2
Non	–		10 250	87,4	86,8 - 87,9
			(11 734)		
Rappel vaccinal coqueluche dans les 10 ans précédant la grossesse [1,3]					
Oui	–		4 331	37,0	36,3 - 37,7
Non	–		4 092	35,0	34,2 - 35,7
Ne sait pas	–		3 284	28,0	27,4 - 28,7
			(11 707)		
Vaccination contre la grippe saisonnière [1]					
Oui	–		864	7,4	7,0 - 7,8
Non	–		10 792	92,1	91,7 - 92,5
Ne sait pas	–		60	0,5	0,4 - 0,6
			(11 716)		
Prescripteur du vaccin antigrippal					
Gynécologue-Obstétricien	–		304	35,7	33,0 - 38,5
Sage-femme	–		108	12,7	10,9 - 14,7
Généraliste	–		271	31,9	29,2 - 34,6
Autre personne	–		168	19,7	17,5 - 22,1
			(851)		

(1) Rapporté au nombre de femmes.

(2) AFTN : Anomalie de Fermeture du Tube Neural.

(3) Vaccination en post-partum non prise en compte.

Tableau 27. Antécédents médicaux
(France métropolitaine ; femmes majeures et naissances vivantes)

	2010		2016		
	%	p	n	%	IC à 95 %
Antécédent familial de diabète [1]					
Oui	–		2 785	23,7	23,1 - 24,4
Non	–		8 816	75,2	74,5 - 75,8
Ne sait pas	–		127	1,1	0,9 - 1,3
Diabète avant la grossesse [1]					
Oui, DID (type 1)	0,3	< 0,001	34	0,3	0,2 - 0,4
Oui, DNID (type 2)	0,2		29	0,2	0,2 - 0,3
Oui, diabète gestationnel	1,0		221	1,8	1,6 - 2,0
Non	98,5		12 192	97,7	97,5 - 97,9
	(14 306)		(12 476)		
HTA avant la grossesse [1]					
Oui, HTA chronique	1,0	NS	84	0,7	0,6 - 0,8
Oui, HTA durant autre grossesse	1,1		170	1,3	1,2 - 1,5
Non	97,9		12 238	98,0	97,8 - 98,2
	(14 305)		(12 492)		
Nombre d'IVG [1,2]					
0	84,4	NS	9 635	83,6	83,0 - 84,1
1	12,6		1 455	12,6	12,1 - 13,1
2	2,3		346	3,0	2,7 - 3,3
≥ 3	0,7		92	0,8	0,7 - 1,0
	(13 454)		(11 528)		

(1) Rapporté au nombre de femmes.

(2) Interruption volontaire de grossesse ; information issue de l'entretien auprès des femmes.

Tableau 28. Antécédents obstétricaux
(France métropolitaine ; femmes majeures et naissances vivantes)

	2010		2016		
	%	p	n	%	IC à 95 %
Parité [1,2]					
0	43,1	NS	5 464	42,2	41,4 - 43,1
1	34,6		4 609	35,6	34,8 - 36,4
2	14,5		1 854	14,3	13,7 - 14,9
3	5,1		625	4,8	4,5 - 5,2
≥ 4	2,7		393	3,1	2,8 - 3,3
	(14 332)		(12 945)		
Antécédents obstétricaux [3]					
Mort-né					
Oui	3,2	NS	263	3,7	3,2 - 4,1
Non	96,8		6 925	96,3	95,9 - 96,8
	(7 984)		(7 188)		
Mort néonatale					
Oui	1,3	NS	68	0,9	0,7 - 1,2
Non	98,7		7 117	99,1	98,8 - 99,3
	(7 978)		(7 185)		
Accouchement prématuré					
Oui	6,2	NS	466	6,5	5,9 - 7,1
Non	93,8		6 715	93,5	92,9 - 94,1
	(7 966)		(7 181)		
Nouveau-né hypotrophe					
Oui	5,0	< 0,001	495	6,9	6,3 - 7,5
Non	95,0		6 676	93,1	92,5 - 93,7
	(7 959)		(7 171)		
Nouveau-né macrosome					
Oui	–		453	6,3	5,8 - 6,9
Non	–		6 718	93,7	93,1 - 94,2
			(7 171)		
Mort-né, mort néonatale, accouchement prématuré ou hypotrophie					
Oui	12,2	< 0,001	1 064	14,8	14,0 - 15,6
Non	87,8		6 132	85,2	84,4 - 86,0
	(8 000)		(7 196)		
Césarienne					
Aucune	80,8	NS	5 793	80,2	79,3 - 81,1
1	15,6		1 167	16,2	15,3 - 17,0
2 ou plus	3,6		264	3,6	3,2 - 4,1
	(7 973)		(7 224)		

(1) Rapporté au nombre de femmes.

(2) Indicateur recommandé (échantillon incluant les femmes non-participantes).

(3) Rapporté au nombre de femmes multipares.

Tableau 29. Hospitalisation et pathologies durant la grossesse (partie I)
(France métropolitaine ; femmes majeures et naissances vivantes)

	2010		2016		
	%	p	n	%	IC à 95 %
Hospitalisation [1,2]					
Oui	18,6	NS	2 123	18,1	17,5 - 18,7
Non	81,4		9 611	81,9	81,3 - 82,5
	(14 127)		(11 734)		
Durée d'hospitalisation [1,2]					
1 jour	19,9	NS	437	20,8	19,1 - 22,6
2	15,4		367	17,5	15,9 - 19,2
3 à 7	41,9		894	42,6	40,5 - 44,7
8 à 14	11,6		208	9,9	8,7 - 11,3
≥ 15	11,2		193	9,2	8,0 - 10,5
	(2 587)		(2 099)		
Durée moyenne	6,4 ± 9,2			5,9 ± 8,9	
Transfert in utero [1]					
Oui	1,6	NS	210	1,7	1,5 - 1,9
Non	98,4		11 895	98,3	98,1 - 98,5
	(14 071)		(12 105)		
Corticothérapie anténatale [1,3]					
Oui	5,2	NS	730	5,9	5,5 - 6,2
Non	94,8		11 689	94,1	93,8 - 94,5
	(14 135)		(12 419)		
Âge gestationnel à la 1ère cure (SA)					
≤ 25	7,0	NS	59	8,3	6,3 - 10,5
26 à 33	77,5		569	79,6	76,4 - 82,5
34	8,6		46	6,4	4,8 - 8,5
35 - 36	4,7		35	4,9	3,4 - 6,7
≥ 37	2,2		6	0,8	0,3 - 1,8
	(720)		(715)		
MAP avec hospitalisation [1, 4]					
Oui	5,9	NS	676	5,4	5,0 - 5,8
Non	94,1		11 823	94,6	94,2 - 95,0
	(14 243)		(12 499)		
Âge gestationnel à l'admission (SA)					
20 à 23	4,8	0,0065	33	5,1	3,5 - 7,1
24 à 27	12,0		111	17,1	14,3 - 20,3
28 à 31	32,5		227	35,0	31,4 - 38,8
32 à 36	50,7		277	42,8	38,9 - 46,7
	(794)		(648)		

(1) Rapporté au nombre de femmes.
(2) Information issue de l'entretien auprès des femmes.
(3) En 2016, corticothérapie anténatale pour 90,2 % des enfants nés < 34 SA (contre 77,4 % en 2010).
(4) Menace d'Accouchement Prématuré.

Tableau 30. Hospitalisation et pathologies durant la grossesse (partie II)
(France métropolitaine ; femmes majeures et naissances vivantes)

	2010		2016		
	%	p	n	%	IC à 95 %
HTA durant la grossesse [1]					
Oui, avec protéinurie [2]	2,0	NS	256	2,0	1,9 - 2,3
Oui, sans protéinurie	2,8		284	2,3	2,1 - 2,5
Non	95,2		11 937	95,7	95,4 - 96,0
	(14 322)		(12 477)		
Âge gestationnel au diagnostic					
≤ 28 SA	18,6	NS	54	12,2	9,3 - 15,7
29 à 31	8,9		34	7,7	5,4 - 10,6
32 à 36	32,4		183	41,5	36,9 - 46,3
≥ 37	40,1		170	38,6	34,0 - 43,3
	(618)		(441)		
Hospitalisation pour HTA					
Oui	53,3	NS	275	58,8	54,2 - 63,3
Non	46,7		193	41,2	36,7 - 45,9
	(640)		(468)		
Diabète gestationnel [1]					
Oui, sous insuline	1,6	< 0,001	397	3,2	2,9 - 3,5
Oui, sous régime	5,2		906	7,2	6,9 - 7,7
Oui, traitement non renseigné	0,4		47	0,4	0,3 - 0,5
Non	92,8		11 142	89,2	88,7 - 89,7
	(14 130)		(12 492)		
Placenta prævia [1]					
Oui, sans hémorragie	–		87	0,7	0,6 - 0,8
Oui, avec hémorragie	–		46	0,4	0,3 - 0,5
Non	–		12 330	98,9	98,8 - 99,1
			(12 463)		
Suspicion anomalie poids fœtal [3]					
Oui, hypotrophie / PAG	4,0	< 0,001	686	5,4	5,1 - 5,8
Oui, macrosomie	3,8		618	4,9	4,6 - 5,2
Non	92,2		11 374	89,7	89,3 - 90,2
	(14 457)		(12 678)		
Durée d'ouverture de l'œuf [3,4]					
< 12 heures	–		10 094	82,7	82,1 - 83,3
12 à 23 h	–		1 121	9,2	8,8 - 9,6
24 à 47 h	–		683	5,6	5,2 - 6,0
≥ 48 h	–		310	2,5	2,3 - 2,8
			(12 208)		

(1) Rapporté au nombre de femmes.

(2) Avec protéinurie ≥ 0,3 g / L ou par 24h.

(3) Rapporté au nombre de naissances.

(4) Durée écoulée en heures entre la rupture de la poche des eaux et la naissance de l'enfant.

Tableau 31. Lieu d'accouchement
(*France métropolitaine ; femmes majeures et naissances vivantes)*

	2010		2016		
	%	p	n	%	IC à 95 %
Statut de la maternité [1]					
CHU / CHR	17,7	< 0,001	2 546	19,8	19,1 - 20,5
CH	46,4		6 353	49,4	48,5 - 50,2
ESPIC [2]	7,5		962	7,4	7,0 - 7,9
Privé à but lucratif	28,4		3 008	23,4	22,6 - 24,1
	(14 474)		(12 869)		
Niveau de spécialisation de la maternité [1]					
Type I	29,9	< 0,001	2 893	22,5	21,8 - 23,2
Type II A	27,0		3 759	29,2	28,4 - 30,0
Type II B	20,8		2 817	21,9	21,2 - 22,6
Type III	22,3		3 398	26,4	25,7 - 27,2
	(14 465)		(12 867)		
Taille de la maternité [1]					
< 300 acc/an	0,3	< 0,001	85	0,7	0,5 - 0,8
300 - 499	2,2		251	1,9	1,7 - 2,2
500 - 999	15,0		1 916	14,9	14,3 - 15,5
1 000 - 1 499	20,7		2 052	15,9	15,3 - 16,6
1 500 - 1 999	14,0		1 900	14,8	14,2 - 15,4
2 000 - 2 999	29,1		2 936	22,8	22,1 - 23,6
3 000 - 3 499	9,8		1 695	13,2	12,6 - 13,8
3 500 - 4 499	6,5		1 211	9,4	8,9 - 9,9
≥ 4 500	2,4		825	6,4	6,0 - 6,9
	(14 474)		(12 871)		
Temps de transport pour aller accoucher [1]					
< 30 min	76,9	NS	8 854	76,2	75,4 - 77,0
30 - 44 min	16,3		1 926	16,6	15,9 - 17,3
≥ 45 min	6,8		836	7,2	6,7 - 7,7
	(13 669)		(11 616)		

(1) Rapporté au nombre de femmes.

(2) Établissement de santé privé d'intérêt collectif.

Tableau 32. Déroulement du travail
(France métropolitaine ; femmes majeures et naissances vivantes)

	2010		2016		
	%	p	n	%	IC à 95 %
Présentation fœtale [1,2]					
Céphalique	95,0	NS	12 442	94,8	94,4 - 95,2
Siège	4,4		608	4,6	4,3 - 5,0
Autre	0,6		78	0,6	0,5 - 0,7
	(14 612)		(13 128)		
Mode de début du travail [2,3]					
Travail spontané	66,9	< 0,001	8 871	68,6	67,8 - 69,4
Déclenchement	22,1		2 845	22,0	21,3 - 22,7
Césarienne avant travail	11,0		1 220	9,4	8,9 - 10,0
	(14 423)		(12 936)		
Si déclenchement, méthode initiale					
Oxytocine seule	–		1 037	38,1	36,3 - 40,0
Maturation cervicale	–		1 685	61,9	60,1 - 63,7
			(2 722)		
Si maturation, technique(s) utilisées					
Propess®, gel de prostaglandine	–		1 511	90,1	88,8 - 91,3
Misoprostol	–		31	1,9	1,3 - 2,5
Autre (ballonet, laminaires etc.)	–		135	8,0	7,0 - 9,2
			(1 677)		
Rupture de la poche des eaux [3]					
Parmi les tentatives de voie basse[4]					
Artificielle	53,7	< 0,001	4 862	43,7	42,9 - 44,5
Spontanée	46,3		6 261	56,3	55,5 - 57,1
avant travail			*3 263*	*29,3*	*28,6 - 30,1*
durant le travail			*2 998*	*27,0*	*26,3 - 27,7*
	(12 682)		(11 123)		
Parmi les femmes en travail spontané					
Artificielle	51,1	< 0,001	3 493	41,4	40,5 - 42,3
Spontanée	48,9		4 932	58,6	57,7 - 59,5
avant travail			*2 366*	*28,1*	*27,3 - 28,9*
durant le travail			*2 566*	*30,5*	*29,7 - 31,3*
	(9 528)		(8 425)		
Oxytocine durant le travail [3]					
Parmi les tentatives de voie basse [4]					
Oui	64,1	< 0,001	5 899	52,5	51,7 - 53,3
Non	35,9		5 334	47,5	46,7 - 48,3
	(12 641)		(11 233)		
Parmi les femmes en travail spontané					
Oui	57,6	< 0,001	3 786	44,3	43,3 - 45,4
Non	42,4		4 750	55,7	54,6 - 56,7
	(9 488)		(8 536)		

(1) Rapporté au nombre de naissances.

(2) Indicateur recommandé (échantillon incluant les femmes non-participantes).

(3) Rapporté au nombre de femmes.

(4) Travail spontané, maturation cervicale ou déclenchement du travail.

Tableau 33. Accouchement
(France métropolitaine ; femmes majeures et naissances vivantes)

	2010		2016		
	%	p	n	%	IC à 95 %
Mode d'accouchement [1,2]					
Voie basse non instrumentale (VBNI)	66,7	NS	8 877	67,4	66,6 - 68,2
Voie basse instrumentale	12,2		1 603	12,2	11,6 - 12,8
Césarienne	21,1		2 684	20,4	19,7 - 21,1
	(14 522)		(13 164)		
Instrument si voie basse instrumentale [1]					
Forceps	32,6	NS	430	27,6	25,3 - 29,8
Spatules	23,7		353	22,6	20,6 - 24,8
Ventouse	43,7		778	49,8	47,3 - 52,4
	(1 767)		(1 561)		
Professionnel ayant réalisé l'accouchement [1]					
Sage-femme	53,8	< 0,001	6 995	58,6	57,7 - 59,5
Gynécologue-Obstétricien	46,1		4 932	41,3	40,4 - 42,2
Autre	0,1		7	0,1	0,0 - 0,1
	(14 119)		(11 934)		
Administration prophylactique d'oxytocine [3]					
Oui	83,3	< 0,001	11 516	92,7	92,3 - 93,0
Non	16,7		912	7,3	7,0 - 7,7
	(14 080)		(12 428)		
Consommation de boissons et aliments en salle d'accouchement [4]					
Oui, boissons seules	–		3 848	36,9	36,0 - 37,8
Oui, boissons et aliments	–		259	2,5	2,2 - 2,8
Non	–		6 319	60,6	59,7 - 61,6
			(10 426)		
Hémorragie post-partum (HPP) sévère [3]					
Oui	–		223	1,8	1,6 - 2,0
Non	–		12 047	98,2	98,0 - 98,4
			(12 270)		

(1) Rapporté au nombre de naissances.

(2) Indicateur recommandé (échantillon incluant les femmes non-participantes).

(3) Rapporté au nombre de femmes.

(4) Rapporté au nombre de femmes pour lesquelles une tentative de voie basse a eu lieu.

Tableau 34. Accouchement par voie basse
(France métropolitaine ; femmes majeures et naissances vivantes)

	2010		2016		
	%	p	n	%	IC à 95 %
Position au début des efforts expulsifs [(1)]					
Sur le dos	–		8 322	88,5	87,9 - 89,2
Sur le côté	–		789	8,4	7,8 - 9,0
Assise, accroupie, debout	–		168	1,8	1,5 - 2,1
À quatre pattes ou à genoux	–		109	1,2	1,0 - 1,4
Autre	–		13	0,1	0,1 - 0,2
			(9 401)		
Position à l'expulsion [(1)]					
Sur le dos	–		9 010	95,5	95,1 - 95,9
Sur le côté	–		273	2,9	2,6 - 3,3
Assise, accroupie, debout	–		73	0,8	0,6 - 1,0
À quatre pattes ou à genoux	–		66	0,7	0,5 - 0,9
Autre	–		11	0,1	0,0 - 0,2
			(9 433)		
Épisiotomie [(1)]					
Primipares					
Oui	44,8	< 0,001	1 424	34,9	33,7 - 36,1
Non	55,2		2 659	65,1	63,9 - 66,4
	(4 677)		(4 083)		
Multipares					
Oui	14,4	< 0,001	578	9,8	9,2 - 10,5
Non	85,6		5 321	90,2	89,5 - 90,8
	(6 510)		(5 899)		
Ensemble des femmes					
Oui	27,1	< 0,001	2 002	20,1	19,3 - 20,9
Non	72,9		7 980	79,9	79,1 - 80,7
	(11 225)		(9 982)		
Déchirure périnéale [(1)]					
Oui, 1er degré ou simple	42,2	< 0,001	5 039	51,3	50,4 - 52,1
Oui, périnée complet ou complet compliqué	0,8		83	0,8	0,7 - 1,0
Non	57,0		4 713	47,9	47,1 - 48,8
	(11 167)		(9 835)		
Si voie basse non instrumentale, professionnel ayant réalisé l'accouchement [(2)]					
Sage-femme	81,8	< 0,001	6 990	87,4	86,8 - 88,1
Gynécologue-Obstétricien	18,1		996	12,5	11,9 - 13,1
Autre	0,1		7	0,1	0,0 - 0,2
	(9 172)		(7 993)		

(1) Rapporté au nombre de femmes ayant accouché par voie basse.

(2) Rapporté au nombre de naissances par voie basse non instrumentale.

Tableau 35. Analgésie et anesthésie
(France métropolitaine ; femmes majeures et naissances vivantes)

	2010		2016		
	%	p	n	%	IC à 95 %
Type d'analgésie durant le travail [1,2]					
Aucune analgésie	20,4	< 0,001	1 924	17,3	16,7 - 17,9
Analgésie péridurale (APD)	78,1		9 081	81,4	80,8 - 82,0
Rachianalgésie	0,4		47	0,4	0,3 - 0,5
Rachianalgésie-péridurale combinée (RPC)	0,8		86	0,8	0,6 - 0,9
Analgésie intraveineuse	0,3		15	0,1	0,1 - 0,2
	(12 684)		(11 153)		
Si APD ou RPC, PCEA [1,2,3]					
Oui	35,6	< 0,001	4 535	53,8	52,9 - 54,7
Non	64,4		3 888	46,2	45,3 - 47,1
	(8 690)		(8 423)		
Utilisation d'une méthode non médicamenteuse pour gérer la douleur [1,2,4]					
Oui	14,3	< 0,001	3 668	35,5	34,8 - 36,3
Non	85,7		6 653	64,5	63,7 - 65,2
	(11 567)		(10 321)		
Analgésie ou anesthésie lors de l'expulsion (total des accouchements) [1]					
Aucune analgésie	16,7	< 0,001	1 843	14,8	14,2 - 15,3
APD	68,8		9 017	72,1	71,5 - 72,8
Rachianalgésie	11,9		1 349	10,8	10,3 - 11,3
RPC	1,0		115	0,9	0,8 - 1,1
Anesthésie générale	1,2		145	1,2	1,0 - 1,3
Analgésie intraveineuse	0,2		15	0,1	0,1 - 0,2
Autre	0,2		16	0,1	0,1 - 0,2
	(14 363)		(12 500)		
Analgésie ou anesthésie lors de l'expulsion, si voie basse instrumentale ou césarienne [1]					
Aucune analgésie	1,2	< 0,001	54	1,4	1,1 - 1,7
APD	56,5		2 417	60,5	59,3 - 61,8
Rachianalgésie	35,7		1 304	32,7	31,4 - 33,9
RPC	2,6		57	1,4	1,1 - 1,8
Anesthésie générale	3,7		144	3,6	3,1 - 4,1
Analgésie intraveineuse	0,0		4	0,1	0,0 - 0,2
Autre	0,3		12	0,3	0,2 - 0,5
	(4 648)		(3 992)		

(1) Rapporté au nombre de femmes.

(2) Si tentative de voie basse.

(3) Information issue du dossier médical en 2010 et de l'entretien auprès des femmes en 2016.

(4) Une ou plusieurs méthodes (marche, postures, bain, hypnose, acupuncture, sophrologie, homéopathie etc.,) ; information issue de l'entretien auprès des femmes.

Tableau 36. Demandes des femmes à propos de l'accouchement
(France métropolitaine ; femmes majeures et naissances vivantes)

	2016		
	n	%	IC à 95 %
Souhaits particuliers pour l'accouchement [1]			
Oui, rédaction d'un projet de naissance	431	3,7	3,4 - 4,0
Oui, demandes exprimées à l'arrivée à la maternité	2 011	17,2	16,6 - 17,8
Oui, mais demandes non exprimées	227	1,9	1,7 - 2,2
Non, pas de demande particulière	9 019	77,2	76,5 - 77,8
	(11 688)		
Satisfaction des demandes par l'équipe [1,2,3]			
Tout à fait	1915	80,2	78,8 - 81,6
Plutôt oui	390	16,4	15,1 - 17,6
Plutôt non	58	2,4	1,9 - 3,0
Pas du tout	24	1,0	0,7 - 1,4
	(2 387)		
Souhait d'une analgésie péridurale avant l'accouchement [1,4]			
Oui, absolument	6 758	64,3	63,5 - 65,1
Oui, peut-être	2 214	21,1	20,4 - 21,7
Non	1 537	14,6	14,1 - 15,2
	(10 509)		
Satisfaction de la méthode reçue pour gérer la douleur et les contractions [1,4]			
Très satisfaisant	6 298	61,3	60,5 - 62,1
Plutôt satisfaisant	2 771	27,0	26,3 - 27,7
Peu satisfaisant	793	7,7	7,3 - 8,2
Pas du tout satisfaisant	408	4,0	3,7 - 4,3
	(10 270)		

(1) Rapporté au nombre de femmes.

(2) Compte tenu du déroulement de l'accouchement.

(3) Si rédaction d'un projet de naissance ou demandes exprimées à l'arrivée à la maternité.

(4) Si tentative de voie basse.

► **Tableau 37. Distribution des femmes, du taux de césarienne et de la contribution au taux global de césarienne pour chaque groupe de la classification de Robson[1,2]**
(France métropolitaine ; femmes majeures ayant eu un enfant vivant)

		Nombre de césariennes / Total des femmes	Taille relative (%)	Taux de césarienne (%)	Contribution au taux global (%)
1.	Primipares, singleton céphalique, ≥ 37 SA, travail spontané	359 / 3 372	26,1	10,7	2,8
2.	Primipares, singleton céphalique, ≥ 37 SA, travail déclenché ou césarienne avant travail	482 / 1 393	10,8	34,6	3,7
	2a. Travail déclenché	380 / 1 291	10,0	29,4	2,9
	2b. Césarienne avant travail	102 / 102	0,8	100,0	0,8
3.	Multipares, singleton céphalique, ≥ 37 SA, travail spontané [3]	64 / 4 202	32,5	1,5	0,5
4.	Multipares, singleton céphalique, ≥ 37 SA, travail déclenché ou césarienne avant travail [3]	168 / 1 242	9,6	13,5	1,3
	4a. Travail déclenché	94 / 1 168	9,0	8,1	0,7
	4b. Césarienne avant travail	74 / 74	0,6	100,0	0,6
5.	Antécédent(s) de césarienne, singleton céphalique ≥ 37 SA	703 / 1 275	9,8	55,1	5,4
6.	Toutes les primipares, siège	227 / 273	2,1	83,2	1,7
7.	Toutes les multipares, siège [4]	189 / 243	1,9	77,8	1,5
8.	Toutes les grossesses multiples [4,5]	125 / 231	1,8	54,1	1,0
9.	Toutes les présentations transverses [4]	57 / 57	0,4	100,0	0,4
10.	Tous les singletons céphaliques, ≤ 36 SA [4]	204 / 650	5,0	31,4	1,6
Total		2 578 / 12 938	100,0		19,9

(1) La classification proposée par Robson représente un outil pratique pour la surveillance des taux de césariennes. Elle propose une classification des femmes en 10 groupes (en fonction des caractéristiques maternelles et fœtales) et, pour chacun de ces groupes, le calcul de son taux de césarienne et de sa contribution au taux global de césariennes (Robson, 2001).

(2) Indicateur recommandé (échantillon incluant les femmes non-participantes).

(3) Antécédents de césarienne exclus.

(4) Antécédents de césarienne inclus.

(5) Césarienne retenue si l'un des enfants est né par voie basse et un autre par césarienne (n =3).

Tableau 38. Évolution du taux de césarienne suivant les antécédents
(France métropolitaine ; femmes majeures et naissances vivantes)

	2010		2016		
	%	p	n	%	IC à 95 %
Primipares [1]	23,4	NS	1 265	23,4	22,2 - 24,5
	(6 216)		(5 418)		
Multipares sans antécédent de césarienne [1]	8,3	NS	458	7,8	7,1 - 8,5
	(6 456)		(5 882)		
Multipares avec antécédent de césarienne [1,2]	65,2	NS	857	59,0	56,4 - 61,6
	(1 544)		(1 452)		
Multipares avec antécédent d'une césarienne [1]	57,5	< 0,001	595	50,2	47,4 - 53,1
	(1 253)		(1 184)		
Multipares avec antécédents de 2 césariennes ou plus [1]	97,9	NS	262	97,8	95,2 - 99,2
	(291)		(268)		
Ensemble des naissances [1,3]	21,1	NS	2 580	20,2	19,6 - 21,0
	(14 216)		(12 752)		

(1) Rapporté au nombre de naissances.

(2) Une ou plusieurs césarienne(s) antérieure(s).

(3) Si parité et antécédents de césarienne renseignés.

Tableau 39. Début du travail et mode d'accouchement suivant l'âge gestationnel et le poids de naissance
(France métropolitaine ; femmes majeures et naissances vivantes)

		Début du travail				Mode d'accouchement			
		Spon-tané	Décl.	César	n	VBNI [2]	VBI [3]	Césa-rienne	n
Âge gestationnel [1,2]									
≤ 34 SA	%	54,7	6,9	38,4	(404)	38,9	5,2	55,9	(404)
35 - 36	%	55,3	26,9	17,8	(584)	59,2	9,1	31,7	(583)
37	%	57,6	26,2	16,2	(948)	63,0	8,7	28,3	(948)
38	%	58,9	25,0	16,1	(2 066)	66,3	9,0	24,7	(2 067)
39	%	71,5	17,9	10,6	(3 521)	70,2	11,0	18,8	(3 524)
40	%	85,1	12,3	2,6	(3 346)	73,0	15,2	11,8	(3 346)
41	%	57,1	39,1	3,8	(2 212)	65,5	15,8	18,7	(2 211)
≥ 42	%	15,6	84,4	0,0	(64)	51,6	20,3	28,1	(64)
					(13 145)				(13 147)
Poids de naissance [1,2]									
< 1 500 g	%	50,7	3,6	45,7	(140)	32,9	0,7	66,4	(140)
1 500 - 1 999	%	44,7	15,1	40,2	(199)	38,7	4,5	56,8	(199)
2 000 - 2 499	%	51,7	29,8	18,5	(638)	54,6	8,9	36,5	(639)
2 500 - 2 999	%	66,8	23,0	10,2	(2 715)	68,1	11,5	20,4	(2 715)
3 000 - 3 499	%	72,3	19,8	7,9	(5 181)	70,5	12,7	16,8	(5 183)
3 500 - 3 999	%	70,1	22,6	7,3	(3 373)	69,3	13,2	17,5	(3 373)
≥ 4 000	%	58,8	30,2	11,0	(901)	61,8	13,1	25,1	(901)
					(13 147)				(13 150)

(1) Rapporté au nombre de naissances.

(2) Indicateur recommandé (échantillon incluant les femmes non-participantes).

(3) Voie basse non instrumentale.

(4) Voie basse instrumentale.

Tableau 40. Le nouveau-né en salle d'accouchement
(France métropolitaine ; femmes majeures et naissances vivantes)

	2010		2016		
	%	p	n	%	IC à 95 %
Sexe [1]					
Masculin	52,3	NS	6 630	52,0	51,3 - 52,7
Féminin	47,7		6 118	48,0	47,3 - 48,7
	(14 663)		(12 748)		
Type de naissance [1,2]					
Unique	97,1	NS	12 716	96,5	96,2 - 96,8
Gémellaire	2,9		444	3,4	3,1 - 3,7
Triple	0,0		15	0,1	0,1 - 0,2
	(14 688)		(13 175)		
Taille du nouveau-né [1]					
≤ 47 cm	19,0	NS	2 376	19,7	19,1 - 20,3
48 - 49	30,1		3 700	30,6	29,9 - 31,3
50 - 51	36,1		4 220	34,9	34,2 - 35,7
≥ 52	14,8		1 785	14,8	14,3 - 15,3
	(13 923)		(12 081)		
Moyenne	49,3 ± 2,5			49,3 ± 2,4	
Périmètre crânien [1]					
≤ 32 cm	10,7	NS	1 464	12,0	11,5 - 12,5
33	17,1		2 216	18,1	17,5 - 18,7
34	27,2		3 261	26,6	26,0 - 27,3
35	24,6		2 953	24,1	23,5 - 24,8
≥ 36	20,4		2 344	19,2	18,6 - 19,8
	(13 939)		(12 238)		
Moyenne	34,3 ± 1,9			34,2 ± 1,6	
Apgar à 5 min [1,2]					
< 5	0,2	< 0,001	47	0,4	0,3 - 0,5
5 - 6	0,6		107	0,8	0,7 - 1,0
7 - 8	2,6		427	3,2	3,0 - 3,6
9 - 10	96,6		12 562	95,6	95,2 - 95,9
	(14 531)		(13 143)		

(1) Rapporté au nombre de naissances.

(2) Indicateur recommandé (échantillon incluant les femmes non-participantes).

Tableau 41. Prise en charge spécifique du nouveau-né
(France métropolitaine ; femmes majeures et naissances vivantes)

	2010		2016		
	%	p	n	%	IC à 95 %
pH au cordon [1,2]					
< 7,00	–		67	0,6	0,5 - 0,7
7 à 7,15	–		988	8,9	8,5 - 9,4
> 7,15	–		10 019	90,5	90,0 - 90,9
			(11 074)		
Prélèvements bactériologiques (gastrique et / ou périphériques) chez le nouveau-né [1,3]					
Oui	–		7 061	56,0	55,4 - 56,8
Non	–		5 383	42,8	42,0 - 43,5
Non connu	–		147	1,2	1,0 - 1,3
			(12 591)		
Gestes de réanimation réalisés					
Ventilation [1]					
Oui, au ballon	3,2	–	147	1,2	1,0 - 1,3
Oui, au Néopuff	2,3		510	4,1	3,8 - 4,4
Oui, moyen non précisé [4]	–		*128*	*1,0*	*0,9 - 1,2*
Non	94,5		11 765	93,7	93,4 - 94,1
	(14 220)		(12 550)		
PPC nasale (CPAP) [1,5]					
Oui	1,3	NS	204	1,8	1,6 - 2,0
Non	98,7		11 307	98,2	98,0 - 98,4
	(14 012)		(11 511)		
Intubation [1]					
Oui	1,1	NS	110	1,0	0,8 - 1,1
Non	98,9		11 410	99,0	98,9 - 99,2
	(14 022)		(11 520)		
Intubation ou CPAP précédant un transfert en réanimation néonatale ou néonatalogie [1]					
Oui	1,6	NS	210	1,8	1,6 - 2,1
Non	98,4		11 324	98,2	97,9 - 98,4
	(14 030)		(11 534)		

(1) Rapporté au nombre de naissances.

(2) PH artériel ou veineux (information non renseignée).

(3) Parmi les nouveau-nés ≥ 34 SA : 56,8 % de prélèvements bactériologiques (non = 42,2 % ; non connu = 1,0 %).

(4) Modalité de réponse absente en 2010.

(5) Ventilation en pression positive continue, ou CPAP (*Continuous Positive Airway Pressure*).

Tableau 42. Transfert du nouveau-né
(France métropolitaine ; femmes majeures et naissances vivantes)

	2010		2016		
	%	p	n	%	IC à 95 %
Transfert du nouveau-né [1,2]					
Réanimation ou soins intensifs	1,8	< 0,001	307	2,4	2,2 - 2,6
Néonatalogie	3,9		535	4,2	3,9 - 4,5
Unité kangourou	2,6		416	3,3	3,0 - 3,5
Autre	0,2		6	0,0	0,0 - 0,1
Aucun	91,5		11 485	90,1	89,6 - 90,5
	(14 725)		(12 749)		
Lieu du transfert [1,2]					
Même établissement (même site)	79,9	NS	598	83,6	81,2 - 85,9
Autre établissement	20,1		117	16,4	14,1 - 18,8
	(745)		(715)		
Motif(s) du transfert [1,3,4]					
Prématurité ou hypotrophie					
Oui	49,6	–	640	53,7	51,3 - 56,2
Détresse respiratoire					
Oui	29,3	–	304	25,5	23,5 - 27,7
Suspicion d'infection					
Oui	18,2	–	131	11,0	9,5 - 12,6
Anomalie congénitale					
Oui	5,1	–	42	3,5	2,7 - 4,5
Autre					
Oui	18,2	–	266	22,3	20,4 - 24,4
	(1 223)		(1 191)		

(1) Rapporté au nombre de naissances.

(2) Transferts en unité kangourou et centre périnatal de proximité (n=13) non inclus.

(3) Transfert en réanimation, soins intensifs, néonatalogie, unité kangourou, ou autre service de médecine ou chirurgie.

(4) Deux motifs possibles pour un même transfert.

Tableau 43. Le séjour hospitalier du nouveau-né en post-partum
(France métropolitaine ; femmes majeures et naissances vivantes)

	2010		2016		
	%	p	n	%	IC à 95 %
Essai de mise au sein dans les 2 premières heures de vie [1]					
Oui	63,3	NS	7 243	65,0	64,1 - 65,9
Non	36,7		3 904	35,0	34,1 - 35,9
	(13 183)		(11 147)		
Mode d'alimentation [2]					
Allaitement maternel exclusif	60,3	< 0,001	6 170	52,2	51,4 - 53,0
Allaitement maternel mixte	8,4		1 714	14,5	14,0 - 15,0
Préparation pour nourrisson	31,3		3 936	33,3	32,6 - 34,0
	(14 106)		(11 820)		
Conseils donnés sur le couchage du nouveau-né (prévention de la MIN) [2, 3, 4]					
Oui	–		4 960	42,7	41,8 - 43,6
Non	–		6 653	57,3	56,4 - 58,2
			(11 613)		

(1) Rapporté au nombre d'enfants non transférés en réanimation, soins intensifs ou néonatalogie.

(2) Rapporté au nombre de naissances.

(3) MIN : Mort Inattendue du Nourrisson.

(4) Parmi les femmes interrogées à J2 ou plus après leur accouchement, 51,4 % disent avoir reçu des conseils.

Tableau 44. Le séjour de la mère en post-partum
(France métropolitaine ; femmes majeures et naissances vivantes)

	2010		2016		
	%	p	n	%	IC à 95 %
Durée du séjour dans la maternité d'accouchement après la naissance [1]					
≤ 2 jours [2]	3,4	< 0,001	564	4,5	4,2 - 4,8
3	20,5		4 635	37,1	36,4 - 37,8
4	41,6		4 507	36,1	35,4 - 36,8
5	19,7		1 696	13,6	13,1 - 14,1
≥ 6	14,8		1 083	8,7	8,3 - 9,1
	(14 233)		(12 485)		
Moyenne	4,3 ± 1,6			4,0 ± 1,6	
Durée du séjour, si accouchement par voie basse et enfant non transféré pour raison médicale [1]					
≤ 2 jours	3,3	< 0,001	470	5,0	4,7 - 5,4
3	25,8		4 379	46,9	46,1 - 47,8
4	50,8		3 563	38,2	37,4 - 39,0
5	15,0		640	6,9	6,4 - 7,3
≥ 6	5,1		281	3,0	2,7 - 3,3
	(10 553)		(9 333)		
Moyenne	4,0 ± 1,2			3,6 ± 1,0	
Durée du séjour, si accouchement par césarienne et enfant non transféré pour raison médicale [1]					
≤ 2 jours	0,5	< 0,001	7	0,3	0,2 - 0,7
3	2,3		109	5,5	4,7 - 6,4
4	13,3		703	35,5	33,7 - 37,3
5	40,4		829	41,8	40,0 - 43,7
≥ 6	43,5		335	16,9	15,5 - 18,3
	(2 408)		(1 983)		
Moyenne	5,4 ± 1,2			4,8 ± 1,2	

(1) Rapporté au nombre de femmes.

(2) Dont possibles rapprochements mère-enfant à J0 ou J1 si transfert du nouveau-né dans un autre établissement.

Tableau 45. Âge gestationnel et poids de naissance
(France métropolitaine ; femmes majeures et naissances vivantes)

	2010		2016		
	%	p	n	%	IC à 95 %
Âge gestationnel (SA) [1,2]					
≤ 21	0,0	< 0,001	0	0,0	0,0 - 0,0
22 - 27	0,2		58	0,4	0,3 - 0,6
28 - 31	0,6		103	0,8	0,6 - 1,0
32	0,3		47	0,3	0,2 - 0,5
33	0,4		75	0,6	0,5 - 0,7
34	0,7		121	0,9	0,8 - 1,1
35	1,5		180	1,4	1,2 - 1,6
36	2,8		405	3,1	2,8 - 3,4
37	6,8		949	7,2	6,8 - 7,7
38	16,6		2 068	15,7	15,1 - 16,4
39	24,6		3 525	26,8	26,0 - 27,6
40	27,2		3 348	25,5	24,7 - 26,2
41	18,0		2 213	16,8	16,2 - 17,5
≥ 42	0,3		64	0,5	0,4 - 0,6
	(14 644)		(13 155)		
Prématurité (AG < 37 SA) [1,2]					
Oui	6,5	NS	989	7,5	7,1 - 8,0
	(14 644)		(13 155)		
Poids de naissance [1,2]					
< 500 g	0,0	NS	3	0,0	0,0 - 0,0
500 - 999	0,2		59	0,5	0,3 - 0,6
1 000 - 1 499	0,5		78	0,6	0,5 - 0,7
1 500 - 1 999	1,3		199	1,5	1,3 - 1,7
2 000 - 2 499	4,3		641	4,9	4,5 - 5,3
2 500 - 2 999	19,6		2 716	20,6	20,0 - 21,3
3 000 - 3 499	40,8		5 187	39,4	38,6 - 40,3
3 500 - 3 999	26,2		3 374	25,7	24,9 - 26,4
4 000 - 4 499	6,4		806	6,1	5,7 - 6,6
≥ 4 500	0,7		95	0,7	0,6 - 0,9
	(14 643)		(13 158)		
Poids moyen	3 272,3 ± 529,5		3 246,6 ± 556,8		
Poids de naissance < 2 500 g [1,2]					
Oui	6,3	NS	980	7,5	7,0 - 7,9
	(14 643)		(13 158)		

(1) Rapporté au nombre de naissances.

(2) Indicateur recommandé (échantillon incluant les femmes non-participantes).

Tableau 46. Distribution du poids de naissance dans chaque classe d'âge gestationnel
(France métropolitaine ; femmes majeures et naissances vivantes)

Âge gestationnel [1,2] (en SA)		Poids de naissance (en grammes) 500 1 499	1 500 1 999	2 000 2 499	2 500 2 999	3 000 3 499	3 500 3 999	≥ 4 000	Total n	Total %
Inconnu	%	0,0	11,1	16,7	22,2	16,7	27,8	5,5	18	0,1
22 - 27	%	100,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	56	0,4
28 - 31	%	57,8	40,2	2,0	0,0	0,0	0,0	0,0	102	0,8
32 - 33	%	13,6	52,5	31,4	2,5	0,0	0,0	0,0	118	0,9
34 - 35	%	3,0	17,7	44,7	31,3	2,7	0,3	0,3	300	2,3
36	%	0,0	5,2	25,5	50,5	15,4	2,7	0,7	404	3,1
37	%	0,0	1,0	16,1	44,4	30,6	6,6	1,3	949	7,2
38	%	0,0	0,3	5,2	31,4	44,0	16,3	2,8	2 067	15,7
39	%	0,0	0,1	1,9	21,0	46,8	25,2	5,0	3 522	26,8
40	%	0,0	0,0	0,8	12,7	42,9	34,9	8,7	3 347	25,4
41	%	0,0	0,0	0,3	7,9	36,5	39,5	15,8	2 211	16,8
≥ 42	%	0,0	0,0	0,0	6,2	34,4	45,3	14,1	64	0,5
Total	**n**	140	199	641	2 716	5 187	3 374	901	13 158	
	%	1,1	1,5	4,9	20,6	39,4	25,6	6,9		100,0

(1) Rapporté au nombre de naissances.

(2) Indicateur recommandé (échantillon incluant les femmes non-participantes).

Tableau 47. Prématurité et petit poids de naissance
(France métropolitaine ; femmes majeures et naissances vivantes)

	2010		2016		
	%	p	n	%	IC à 95 %
Prématurité (< 37 SA) [1,2]					
Total [3]	6,5	NS	989	7,5	7,1 - 8,0
	(14 644)		(13 155)		
Uniques	5,5	NS	763	6,0	5,6 - 6,4
	(14 211)		(12 696)		
Gémellaires	41,9	NS	211	47,5	42,8 - 52,3
	(430)		(444)		
Poids de naissance < 2 500 grammes [1,2]					
Total [3]	6,3	NS	980	7,5	7,0 - 7,9
	(14 643)		(13 158)		
Uniques	5,0	NS	726	5,7	5,3 - 6,1
	(14 214)		(12 700)		
Gémellaires	49,3	NS	239	53,9	49,2 - 58,7
	(426)		(443)		
Petit poids pour l'âge gestationnel (< 10ème percentile) [4]					
Total [3]	10,8	< 0,001	1 477	11,6	11,1 - 12,2
	(14 604)		(12 717)		
Uniques	10,1	< 0,001	1 326	10,8	10,3 - 11,4
	(14 175)		(12 284)		
Gémellaires	35,5	NS	145	34,7	30,1 - 39,4
	(426)		(418)		

(1) Rapporté au nombre de naissances.

(2) Indicateur recommandé (échantillon incluant les femmes non-participantes).

(3) Y compris les naissances de triplés.

(4) Courbe EPOPé, ajustée sur l'âge gestationnel et le sexe (Ego et al., 2016).

► **Tableau 48. Caractéristiques sociales et contraception durant la grossesse selon la situation du ménage vis-à-vis de l'emploi**
(France métropolitaine ; femmes majeures et naissances vivantes)

	Au moins l'un des membres du ménage en emploi [1]	Aucun emploi dans le ménage [1]	
	%	%	p
	N=10 387 (88,4)	N=1 370 (11,6)	
Âge de la femme [2]			
18 - 20 ans	0,6	6,9	< 0,0001
20 - 24	9,4	26,9	
25 - 29	32,1	28,6	
30 - 34	36,0	21,7	
35 - 39	17,9	12,3	
≥ 40	4,0	3,6	
	(10 387)	(1 370)	
Parité [2]			
0	43,0	38,2	< 0,0001
1	37,0	28,4	
2 ou plus	20,0	33,4	
	(10 383)	(1 369)	
Nationalité [2]			
Française	88,1	69,6	< 0,0001
Étrangère	11,9	30,4	
	(10 367)	(1 363)	
Vie de couple [2]			
Non	1,8	31,3	< 0,0001
Oui, dans le même logement	95,6	61,1	
Oui, dans des logements différents	2,6	7,6	
	(10 365)	(1 368)	
Couverture sociale en début de grossesse [2]			
Sécurité sociale	92,7	32,8	< 0,0001
CMU	5,9	56,2	
AME	0,6	4,9	
Aucune	0,8	6,1	
	(10 376)	(1 363)	
Usage d'une contraception dans le passé [2]			
Aucune	6,6	21,0	< 0,0001
Pilule	64,2	52,7	
Dispositif intra-utérin	10,0	6,1	
Implant, patch, anneau vaginal	4,5	7,9	
Préservatif masculin	11,3	9,8	
Retrait/Abstinence périodique	3,1	2,3	
Autre méthode	0,3	0,2	
	(10 363)	(1 363)	
Motif d'arrêt de la contraception [2]			
Souhait d'avoir un enfant	80,9	52,5	< 0,0001
Était enceinte (grossesse sous contraception)	8,1	20,6	
Autre motif	11,0	26,9	
	(9 377)	(1 022)	

(1) Ménage constitué de la femme seule (si non en couple) ou de la femme et son partenaire.

(2) Rapporté au nombre de femmes.

► **Tableau 49. Prévention, suivi prénatal et état psychologique selon la situation du ménage vis-à-vis de l'emploi**
(France métropolitaine ; femmes majeures et naissances vivantes)

	Au moins l'un des membres du ménage en emploi [1]	Aucun emploi dans le ménage [1]	
	%	%	p
	N = 10 387 (88,4)	N = 1 370 (11,6)	
IMC avant la grossesse [2]			
< 18,5	7,2	9,7	< 0,0001
18,5 - 24,9	61,9	52,1	
25 - 29,9	19,7	22,0	
≥ 30	11,2	16,2	
	(10 275)	(1 311)	
Nombre de cig / j au 3ème trimestre [2]			
0	85,2	70,3	< 0,0001
1 à 9	11,4	19,3	
≥ 10	3,4	10,4	
	(10 378)	(1 365)	
État psychologique durant la grossesse [2]			
Bien	69,0	58,1	< 0,0001
Assez bien	22,1	23,1	
Assez mal	6,7	11,8	
Mal	2,2	7,0	
	(10 355)	(1 357)	
Entretien avec une AS pendant la grossesse [2]	5,2	36,0	< 0,0001
	(10 373)	(1 366)	
Nombre de consultations prénatales < 8 [2]	18,5	29,8	< 0,0001
	(10 282)	(1 325)	
Entretien prénatal précoce (EPP) [2]			
Oui	29,9	18,5	< 0,0001
Non	67,5	75,8	
Ne sait pas	2,6	5,7	
	(10 371)	(1 363)	
Hospitalisation prénatale [2]	17,4	23,7	< 0,0001
	(10 368)	(1 364)	
Professionnel principalement responsable du suivi durant les six premiers mois [2]			
Généraliste	6,4	7,5	< 0,0001
Gyn-Obstétricien (libéral)	52,2	30,5	
Gyn-Obstétricien (public)	15,2	21,9	
Sage-femme libérale	8,9	5,5	
Sage-femme en maternité publique	13,5	24,7	
PMI	1,7	6,9	
Plusieurs	2,1	3,1	
	(10 309)	(1 335)	

(1) Ménage constitué de la femme seule (si non en couple) ou de la femme et son partenaire.

(2) Rapporté au nombre de femmes.

► **Tableau 50. Caractéristiques du lieu d'accouchement et du nouveau-né selon la situation du ménage vis-à-vis de l'emploi**
(France métropolitaine ; femmes majeures et naissances vivantes)

	Au moins l'un des membres du ménage en emploi [1]	Aucun emploi dans le ménage [1]	
	%	%	p
	N = 10 387 (88,4)	N = 1 370 (11,6)	
Lieu d'accouchement : statut de la maternité [2]			
CHU / CHR	18,2	26,4	< 0,0001
CH	49,0	54,3	
ESPIC [3]	7,9	4,8	
Privé à but lucratif	24,9	14,5	
	(10 387)	(1 370)	
Prématurité (< 37 SA) [4]			
Oui	6,8	8,5	NS
	(10 547)	(1 385)	
Poids de naissance [4]			
< 2 500 g	6,7	9,5	< 0,0001
≥ 2 500	93,3	90,5	
	(10 549)	(1 388)	
Transfert de l'enfant [4]			
Oui	9,2	12,3	NS
Non	90,8	87,7	
	(10 551)	(1 389)	
Mode d'alimentation [4]			
Allaitement exclusif	53,3	44,1	< 0,0001
Allaitement mixte	13,7	20,6	
Préparation pour nourrisson	33,0	35,3	
	(10 446)	(1 372)	

(1) Ménage constitué de la femme seule (si non en couple) ou de la femme et son partenaire.

(2) Rapporté au nombre de femmes.

(3) Établissement de santé privé d'intérêt collectif.

(4) Rapporté au nombre de naissances.

Tableau 51. Caractéristiques des mères et du suivi prénatal chez les grossesses uniques et gémellaires
(France métropolitaine ; femmes majeures et naissances vivantes)

	Grossesses		
	Uniques	Gémellaires	
	%	%	p
Âge de la femme [1,2]			
18 - 24 ans	13,7	8,0	< 0,0001
25 - 34	65,3	55,3	
35 ans et plus	21,0	36,7	
	(12 710)	(226)	
Parité [1,2]			
0	42,1	46,0	NS
1	35,6	35,0	
2 ou plus	22,3	19,0	
	(12 713)	(226)	
État psychologique durant la grossesse [1]			
Bien	67,8	62,9	NS
Assez bien	22,1	24,2	
Assez mal	7,3	8,8	
Mal	2,8	4,1	
	(11 507)	(194)	
Nombre de visites prénatales [1]			
< 8	19,9	14,1	< 0,0001
8 - 10	50,5	29,9	
≥ 11	29,6	56,0	
	(11 407)	(191)	
Hospitalisation pendant la grossesse [1]			
Oui	17,5	50,5	< 0,0001
	(11 528)	(194)	

(1) Rapporté au nombre de femmes.

(2) Indicateur recommandé (échantillon incluant les femmes non-participantes).

Tableau 52. Caractéristiques de l'accouchement chez les grossesses uniques et gémellaires
(France métropolitaine ; femmes majeures et naissances vivantes)

	Grossesses		
	Uniques	**Gémellaires**	
	%	%	**p**
Lieu d'accouchement : statut de la maternité [1]			
CHU / CHR	19,4	33,5	< 0,0001
CH	49,5	47,6	
ESPIC [2]	7,5	4,7	
Privé à but lucratif	23,6	14,2	
	(12 325)	(212)	
Lieu d'accouchement : niveau de spécialisation de la maternité [1]			
Type I	22,8	9,4	< 0,0001
Type II A	29,5	21,1	
Type II B	21,9	23,5	
Type III	25,8	46,0	
	(12 321)	(212)	
Mode de début de travail [1,3]			
Spontané	69,2	37,2	< 0,0001
Déclenché	21,8	31,0	
Césarienne avant travail	9,0	31,8	
	(12 704)	(226)	
Mode d'accouchement [3,4]			
Voie basse non instrumentale	68,4	40,4	< 0,0001
Voie basse instrumentale	12,4	5,9	
Césarienne	19,2	53,7	
	(12 707)	(443)	

(1) Rapporté au nombre de femmes.

(2) Établissement de santé privé d'intérêt collectif.

(3) Indicateur recommandé (échantillon incluant les femmes non-participantes).

(4) Rapporté au nombre de naissances.

Tableau 53. Caractéristiques des singletons et des jumeaux
(France métropolitaine ; femmes majeures et naissances vivantes)

	Enfants		
	Uniques	Jumeaux	
	%	%	p
Âge gestationnel [1,2]			
≤ 31 SA	0,9	9,9	< 0,0001
32 - 33	0,7	5,2	
34	0,7	7,4	
35	1,0	11,3	
36	2,7	13,7	
37	6,7	23,2	
38	15,5	21,0	
≥ 39	71,8	8,3	
	(12 696)	(444)	
Poids de naissance [1,2]			
< 1 000 g	0,3	3,6	< 0,0001
1 000 - 1 499	0,4	5,0	
1 500 - 1 999	1,1	12,6	
2 000 - 2 499	3,9	32,7	
2 500 - 2 999	20,2	34,3	
3 000 - 3 499	40,5	10,4	
≥ 3 500	33,6	1,4	
	(12 700)	(443)	
Transfert de l'enfant [1]			
Oui, en réanimation	1,9	15,0	< 0,0001
Oui, en néonatalogie	3,7	18,7	
Oui, en unité kangourou	2,8	15,3	
Non	91,6	51,0	
	(12 310)	(418)	

(1) Rapporté au nombre de naissance.

(2) Indicateur recommandé (échantillon incluant les femmes non-participantes).

Tableau 54. Comparaisons régionales : femmes âgées de 35 ans et plus [1]
(France ; femmes majeures et naissances vivantes)

	Effectifs	%	IC à 95 %	p [2]
Métropole	12 544	21,1	20,5 - 21,7	
Grandes régions				
Auvergne - Rhône-Alpes	1 582	21,9	20,2 - 23,7	NS
Rhône	*521*	*25,7*	*22,6 - 29,1*	NS
Bourgogne - Franche-Comté	460	15,4	12,7 - 18,5	< 0,05
Bretagne	587	20,3	17,6 - 23,2	NS
Centre-Val-de-Loire	468	18,8	15,9 - 22,0	NS
Grand Est	1 042	15,5	13,7 - 17,5	< 0,001
Hauts-de-France	1 207	17,1	15,4 - 19,0	< 0,05
Nord	*600*	*18,7*	*16,1 - 21,5*	NS
Île-de-France	3 017	24,7	23,4 - 26,0	< 0,001
Paris	718	*30,9*	*28,1 - 33,9*	*< 0,001*
Petite couronne	1 218	*23,8*	*21,8 - 25,9*	< 0,05
Grande couronne	1 081	*21,5*	*19,4 - 23,6*	NS
Normandie	650	16,2	13,8 - 18,7	< 0,05
Nouvelle Aquitaine	927	22,8	20,5 - 25,1	NS
Occitanie	960	23,3	21,1 - 25,7	NS
PACA et Corse	872	24,2	21,8 - 26,7	< 0,05
PACA	844	23,6	21,2 - 26,1	NS
Pays de la Loire	772	21,0	18,6 - 23,5	NS
DROM [3]	697	19,5	17,1 - 22,2	NS

(1) Rapporté au nombre de femmes.

(2) Test binomial comparant chaque grande région (ou département) à la métropole.

(3) Guadeloupe, Guyane, Martinique, Mayotte, La Réunion.

Tableau 55. Comparaisons régionales : femmes ayant un niveau d'études supérieur au baccalauréat [1]
(France ; femmes majeures et naissances vivantes)

	Effectifs	%	IC à 95 %	p [2]
Métropole	11 661	55,4	54,7 - 56,2	
Grandes régions				
Auvergne - Rhône-Alpes	1 488	58,4	56,3 - 60,5	< 0,05
Rhône	*477*	*67,1*	*63,4 - 70,6*	*< 0,001*
Bourgogne - Franche-Comté	438	50,5	46,4 - 54,5	< 0,05
Bretagne	569	57,1	53,6 - 60,6	NS
Centre-Val-de-Loire	444	48,9	44,9 - 52,9	< 0,05
Grand Est	955	51,9	49,2 - 54,6	< 0,05
Hauts-de-France	1 134	46,7	44,3 - 49,2	< 0,001
Nord	*568*	*51,1*	*47,5 - 54,6*	< 0,05
Île-de-France	2 717	63,8	62,3 - 65,3	< 0,001
Paris	*651*	*79,4*	*76,6 - 82,0*	*< 0,001*
Petite couronne	*1 070*	*60,1*	*57,6 - 62,6*	< 0,05
Grande couronne	*996*	*57,6*	*55,0 - 60,2*	*NS*
Normandie	623	47,8	44,5 - 51,2	< 0,001
Nouvelle Aquitaine	886	51,8	49,0 - 54,6	< 0,05
Occitanie	880	53,1	50,2 - 55,9	NS
PACA et Corse	791	56,3	53,3 - 59,2	NS
PACA	*763*	*56,4*	*53,3 - 59,4*	*NS*
Pays de la Loire	736	54,8	51,7 - 57,8	NS
DROM [3]	648	32,7	29,7 - 35,9	< 0,001

(1) Rapporté au nombre de femmes.

(2) Test binomial comparant chaque grande région (ou département) à la métropole.

(3) Guadeloupe, Guyane, Martinique, Mayotte, La Réunion.

Tableau 56. Comparaisons régionales : allocation chômage, RSA/prime d'activité au sein du ménage [1]
(France ; femmes majeures et naissances vivantes)

	Effectifs	%	IC à 95 %	p [2]
Métropole	11 730	25,0	24,3 - 25,6	
Grandes régions				
Auvergne - Rhône-Alpes	1 493	20,6	18,9 - 22,4	< 0,001
Rhône	*477*	*23,3*	*20,1 - 26,7*	*NS*
Bourgogne - Franche-Comté	438	26,5	23,0 - 30,2	NS
Bretagne	574	22,5	19,6 - 25,5	NS
Centre-Val-de-Loire	447	27,1	23,6 - 30,8	NS
Grand Est	963	26,1	23,7 - 28,5	NS
Hauts-de-France	1 141	34,5	32,2 - 36,9	< 0,001
Nord	*573*	*33,7*	*30,4 - 37,1*	*< 0,001*
Île-de-France	2 738	19,4	18,1 - 20,6	< 0,001
Paris	*658*	*18,1*	*15,7 - 20,7*	*< 0,001*
Petite couronne	*1 078*	*18,2*	*16,3 - 20,2*	*< 0,001*
Grande couronne	*1 002*	*21,5*	*19,3 - 23,7*	< 0,05
Normandie	627	30,1	27,1 - 33,3	< 0,05
Nouvelle Aquitaine	892	26,0	23,6 - 28,5	NS
Occitanie	883	31,0	28,5 - 33,7	< 0,001
PACA et Corse	796	26,4	23,8 - 29,1	NS
PACA	*768*	*26,8*	*24,2 - 29,6*	*NS*
Pays de la Loire	738	23,3	20,8 - 26,0	NS
DROM [3]	649	41,2	37,9 - 44,4	< 0,001

(1) Rapporté au nombre de femmes.

(2) Test binomial comparant chaque grande région (ou département) à la métropole.

(3) Guadeloupe, Guyane, Martinique, Mayotte, La Réunion.

► **Tableau 57. Comparaisons régionales : IMC ≥ 30** [1]
(France ; femmes majeures et naissances vivantes)

	Effectifs	%	IC à 95 %	p [2]
Métropole	11 588	11,8	11,3 - 12,3	
Grandes régions				
Auvergne - Rhône-Alpes	1 481	10,4	9,1 - 11,8	NS
Rhône	*475*	*10,3*	*8,1 - 12,9*	*NS*
Bourgogne - Franche-Comté	437	13,0	10,5 - 16,0	NS
Bretagne	570	11,9	9,8 - 14,4	NS
Centre-Val-de-Loire	442	16,5	13,7 - 19,7	< 0,05
Grand Est	953	13,2	11,5 - 15,2	NS
Hauts-de-France	1 125	14,0	12,4 - 15,9	< 0,05
Nord	*568*	*15,1*	*12,7 - 17,8*	< 0,05
Île-de-France	2 675	10,9	9,9 - 12,0	NS
Paris	*633*	*6,5*	*4,9 - 8,3*	*< 0,001*
Petite couronne	*1 055*	*12,8*	*11,1 - 14,6*	*NS*
Grande couronne	*987*	*11,8*	*10,1 - 13,6*	*NS*
Normandie	626	12,3	10,2 - 14,7	NS
Nouvelle Aquitaine	882	12,6	10,8 - 14,6	NS
Occitanie	879	10,1	8,5 - 12,0	NS
PACA et Corse	785	10,4	8,7 - 12,4	NS
PACA	*757*	*10,4*	*8,7 - 12,5*	*NS*
Pays de la Loire	733	11,1	9,2 - 13,1	NS
DROM [3]	559	20,7	18,0 - 23,8	< 0,001

(1) Rapporté au nombre de femmes.

(2) Test binomial comparant chaque grande région (ou département) à la métropole.

(3) Guadeloupe, Guyane, Martinique, Mayotte, La Réunion.

► **Tableau 58 . Comparaisons régionales :consommation de tabac au troisième trimestre de grossesse** [1]
(France ; femmes majeures et naissances vivantes)

	Effectifs	%	IC à 95 %	p [2]
Métropole	11 744	16,6	16,0 - 17,1	
Grandes régions				
Auvergne - Rhône-Alpes	1 495	15,5	13,9 - 17,1	NS
Rhône	*479*	*11,9*	*9,5 - 14,6*	< 0,05
Bourgogne - Franche-Comté	439	18,2	15,2 - 21,5	NS
Bretagne	574	24,0	21,1 - 27,2	< 0,001
Centre-Val-de-Loire	448	19,2	16,2 - 22,5	NS
Grand Est	963	19,0	16,9 - 21,2	< 0,05
Hauts-de-France	1 141	21,1	19,2 - 23,2	< 0,001
Nord	*573*	*18,8*	*16,2 - 21,7*	*NS*
Île-de-France	2 741	9,4	8,5 - 10,4	< 0,001
Paris	*658*	*6,4*	*4,9 - 8,2*	*< 0,001*
Petite couronne	*1 080*	*8,5*	*7,2 - 10,1*	*< 0,001*
Grande couronne	*1 003*	*12,5*	*10,8 - 14,3*	< 0,05
Normandie	627	22,3	19,6 - 25,2	< 0,001
Nouvelle Aquitaine	892	20,3	18,1 - 22,6	< 0,05
Occitanie	888	16,8	14,7 - 19,0	NS
PACA et Corse	796	15,5	13,4 - 17,7	NS
PACA	*768*	*15,2*	*13,1 - 17,5*	*NS*
Pays de la Loire	740	18,2	15,9 - 20,7	NS
DROM [3]	652	5,2	3,9 - 6,9	< 0,001

(1) Rapporté au nombre de femmes.

(2) Test binomial comparant chaque grande région (ou département) à la métropole.

(3) Guadeloupe, Guyane, Martinique, Mayotte, La Réunion.

Tableau 59. Comparaisons régionales : nombre de consultations prénatales inférieur à huit [1]
(France ; femmes majeures et naissances vivantes)

	Effectifs	%	IC à 95 %	p [2]
Métropole	11 610	19,8	19,2 - 20,4	
Grandes régions				
Auvergne - Rhône-Alpes	1 486	21,2	19,5 - 23,0	NS
Rhône	475	20,4	17,4 - 23,7	NS
Bourgogne - Franche-Comté	436	19,5	16,4 - 22,9	NS
Bretagne	572	17,8	15,2 - 20,7	NS
Centre-Val-de-Loire	440	18,2	15,2 - 21,5	NS
Grand Est	956	15,2	13,3 - 17,2	< 0,001
Hauts-de-France	1 130	25,8	23,6 - 28,0	< 0,001
Nord	566	27,9	24,8 - 31,2	< 0,001
Île-de-France	2 687	18,7	17,5 - 20,0	NS
Paris	*650*	*16,3*	*14,0 - 18,9*	< 0,05
Petite couronne	*1 059*	*20,4*	*18,4 - 22,5*	*NS*
Grande couronne	*978*	*18,5*	*16,5 - 20,7*	*NS*
Normandie	613	19,9	17,3 - 22,7	NS
Nouvelle Aquitaine	883	18,0	15,9 - 20,3	NS
Occitanie	877	18,9	16,8 - 21,2	NS
PACA et Corse	792	20,7	18,4 - 23,2	NS
PACA	764	20,4	18,0 - 23,0	NS
Pays de la Loire	738	22,0	19,5 - 24,6	NS
DROM [3]	623	34,5	31,4 - 37,8	< 0,001

(1) Rapporté au nombre de femmes.

(2) Test binomial comparant chaque grande région (ou département) à la métropole.

(3) Guadeloupe, Guyane, Martinique, Mayotte, La Réunion.

► **Tableau 60. Comparaisons régionales : six échographies et plus** [1]
(France ; femmes majeures et naissances vivantes)

	Effectifs	%	IC à 95 %	p [2]
Métropole	11 669	35,9	35,1 - 36,6	
Grandes régions				
Auvergne - Rhône-Alpes	1 485	40,0	37,9 - 42,1	< 0,05
Rhône	*477*	*45,7*	*41,9 - 49,6*	*< 0,001*
Bourgogne - Franche-Comté	437	40,3	36,4 - 44,3	NS
Bretagne	573	32,6	29,4 - 36,0	NS
Centre-Val-de-Loire	443	32,1	28,4 - 35,9	NS
Grand Est	959	46,2	43,5 - 48,9	< 0,001
Hauts-de-France	1 135	32,4	30,1 - 34,8	< 0,05
Nord	*570*	*29,6*	*26,5 - 33,0*	< 0,05
Île-de-France	2 714	29,1	27,7 - 30,6	< 0,001
Paris	*652*	*32,4*	*29,3 - 35,5*	*NS*
Petite couronne	*1 072*	*23,1*	*21,0 - 25,4*	*< 0,001*
Grande couronne	*990*	*33,4*	*31,0 - 36,0*	*NS*
Normandie	625	37,4	34,2 - 40,7	NS
Nouvelle Aquitaine	885	34,9	32,3 - 37,6	NS
Occitanie	882	40,2	37,5 - 43,0	< 0,05
PACA et Corse	794	44,2	41,3 - 47,2	< 0,001
PACA	*766*	*43,6*	*40,6 - 46,6*	*< 0,001*
Pays de la Loire	737	32,2	29,3 - 35,1	< 0,05
DROM [3]	640	31,3	28,2 - 34,4	< 0,05

(1) Rapporté au nombre de femmes.

(2) Test binomial comparant chaque grande région (ou département) à la métropole.

(3) Guadeloupe, Guyane, Martinique, Mayotte, La Réunion.

Tableau 61. Comparaisons régionales : entretien prénatal précoce [1]
(France ; femmes majeures et naissances vivantes)

	Effectifs	%	IC à 95 %	p [2]
Métropole	11 386	29,4	28,7 - 30,1	
Grandes régions				
Auvergne - Rhône-Alpes	1 450	29,0	27,1 - 31,1	NS
Rhône	*468*	*24,1*	*20,9 - 27,6*	< 0,05
Bourgogne - Franche-Comté	426	30,8	27,1 - 34,6	NS
Bretagne	565	34,0	30,7 - 37,4	< 0,05
Centre-Val-de-Loire	429	28,9	25,3 - 32,7	NS
Grand Est	924	29,7	27,2 - 32,2	NS
Hauts-de-France	1 101	31,7	29,4 - 34,1	NS
Nord	*544*	*35,3*	*31,9 - 38,8*	< 0,05
Île-de-France	2 671	19,5	18,3 - 20,9	< 0,001
Paris	*647*	*24,3*	*21,5 - 27,2*	< 0,05
Petite couronne	*1 041*	*16,3*	*14,5 - 18,3*	*< 0,001*
Grande couronne	*983*	*19,8*	*17,8 - 22,1*	*< 0,001*
Normandie	610	32,5	29,3 - 35,7	NS
Nouvelle Aquitaine	856	39,5	36,7 - 42,3	< 0,001
Occitanie	855	35,0	32,3 - 37,8	< 0,05
PACA et Corse	771	29,8	27,1 - 32,7	NS
PACA	*743*	*30,1*	*27,4 - 33,0*	*NS*
Pays de la Loire	728	37,4	34,4 - 40,4	< 0,001
DROM [3]	608	26,6	23,7 - 29,8	NS

(1) Rapporté au nombre de femmes.

(2) Test binomial comparant chaque grande région (ou département) à la métropole.

(3) Guadeloupe, Guyane, Martinique, Mayotte, La Réunion.

► **Tableau 62. Comparaisons régionales : préparation à la naissance chez les primipares** [1]
(France ; femmes majeures et naissances vivantes)

	Effectifs	%	IC à 95 %	p [2]
Métropole	4 971	77,9	76,9 - 78,9	
Grandes régions				
Auvergne - Rhône-Alpes	646	84,8	82,3 - 87,1	< 0,001
Rhône	*205*	*84,4*	*79,6 - 88,4*	< 0,05
Bourgogne - Franche-Comté	179	77,7	71,9 - 82,7	NS
Bretagne	230	85,7	81,3 - 89,3	< 0,05
Centre-Val-de-Loire	177	72,9	66,8 - 78,3	NS
Grand Est	399	74,9	71,1 - 78,5	NS
Hauts-de-France	449	70,8	67,1 - 74,4	< 0,05
Nord	*224*	*74,6*	*69,3 - 79,3*	*NS*
Île-de-France	1 188	73,3	71,1 - 75,4	< 0,05
Paris	*333*	*81,7*	*77,8 - 85,1*	*SN*
Petite couronne	*446*	*71,1*	*67,3 - 74,6*	< 0,05
Grande couronne	*409*	*68,9*	*65,0 - 72,7*	*< 0,001*
Normandie	260	76,2	71,4 - 80,5	NS
Nouvelle Aquitaine	408	83,3	80,0 - 86,3	< 0,05
Occitanie	406	81,3	77,8 - 84,4	NS
PACA et Corse	332	75,9	71,7 - 79,7	NS
PACA	*322*	*77,6*	*73,5 - 81,4*	*NS*
Pays de la Loire	297	84,8	81,0 - 88,2	< 0,05
DROM [3]	198	61,1	55,1 - 66,9	< 0,001

(1) Rapporté au nombre de femmes primipares.

(2) Test binomial comparant chaque grande région (ou département) à la métropole.

(3) Guadeloupe, Guyane, Martinique, Mayotte, La Réunion.

► **Tableau 63. Comparaisons régionales : acide folique avant la grossesse** [1]
(France ; femmes majeures et naissances vivantes)

	Effectifs	%	IC à 95 %	p [2]
Métropole	11 154	23,2	22,6 - 23,9	
Grandes régions				
Auvergne - Rhône-Alpes	1 431	22,9	21,0 - 24,8	NS
Rhône	*454*	*27,5*	*24,1 - 31,2*	< 0,05
Bourgogne - Franche-Comté	414	21,0	17,8 - 24,6	NS
Bretagne	554	27,3	24,2 - 30,5	< 0,05
Centre-Val-de-Loire	424	21,5	18,2 - 25,0	NS
Grand Est	914	25,6	23,2 - 28,1	NS
Hauts-de-France	1 083	18,4	16,5 - 20,4	< 0,05
Nord	*552*	*19,0*	*16,3 - 22,0*	< 0,05
Île-de-France	2 579	23,3	21,9 - 24,7	NS
Paris	*618*	*29,6*	*26,6 - 32,8*	< 0,05
Petite couronne	*1 003*	*21,3*	*19,2 - 23,6*	*NS*
Grande couronne	*958*	*21,3*	*19,1 - 23,6*	*NS*
Normandie	593	27,5	24,5 - 30,7	< 0,05
Nouvelle Aquitaine	854	23,9	21,5 - 26,4	NS
Occitanie	838	22,1	19,7 - 24,6	NS
PACA et Corse	758	18,5	16,2 - 20,9	< 0,05
PACA	*730*	*18,5*	*16,2 - 21,0*	< 0,05
Pays de la Loire	712	29,4	26,5 - 32,3	< 0,05
DROM [3]	609	5,4	4,0 - 7,2	< 0,001

(1) Rapporté au nombre de femmes.

(2) Test binomial comparant chaque grande région (ou département) à la métropole.

(3) Guadeloupe, Guyane, Martinique, Mayotte, La Réunion.

Tableau 64. Comparaisons régionales : vaccination contre la grippe saisonnière [1]
(France ; femmes majeures et naissances vivantes)

	Effectifs	%	IC à 95 %	p [2]
Métropole	11 716	7,4	7,0 - 7,8	
Grandes régions				
Auvergne - Rhône-Alpes	1 495	8,0	6,8 - 9,2	NS
Rhône	*479*	*11,9*	*9,5 - 14,6*	< 0,05
Bourgogne - Franche-Comté	438	5,5	3,8 - 7,6	NS
Bretagne	574	9,2	7,3 - 11,5	NS
Centre-Val-de-Loire	448	4,5	3,0 - 6,4	< 0,05
Grand Est	961	6,0	4,8 - 7,5	NS
Hauts-de-France	1 140	10,1	8,7 - 11,7	< 0,05
Nord	*572*	*12,4*	*10,2 - 14,9*	*< 0,001*
Île-de-France	2 728	6,5	5,7 - 7,3	NS
Paris	*654*	*11,8*	*9,8 - 14,1*	*< 0,001*
Petite couronne	*1 075*	*4,6*	*3,6 - 5,8*	< 0,05
Grande couronne	*999*	*5,0*	*3,9 - 6,3*	< 0,05
Normandie	622	10,6	8,6 - 12,9	< 0,05
Nouvelle Aquitaine	891	6,1	4,8 - 7,5	NS
Occitanie	886	7,1	5,7 - 8,7	NS
PACA et Corse	794	3,8	2,7 - 5,1	< 0,05
PACA	*766*	*3,9*	*2,8 - 5,3*	< 0,05
Pays de la Loire	739	11,6	9,8 - 13,8	< 0,001
DROM [3]	-	-	-	-

(1) Rapporté au nombre de femmes.

(2) Test binomial comparant chaque grande région (ou département) à la métropole.

(3) Guadeloupe, Guyane, Martinique, Mayotte, La Réunion.

Tableau 65. Comparaisons régionales : déclenchement du travail [1]
(France ; femmes majeures et naissances vivantes)

	Effectifs	%	IC à 95 %	p [2]
Métropole	12 538	22,0	21,4 - 22,7	
Grandes régions				
Auvergne - Rhône-Alpes	1 581	21,2	19,5 - 23,0	NS
Rhône	*522*	*20,5*	*17,6 - 23,6*	*NS*
Bourgogne - Franche-Comté	459	18,3	15,4 - 21,5	NS
Bretagne	587	19,4	16,8 - 22,3	NS
Centre-Val-de-Loire	467	19,5	16,5 - 22,8	NS
Grand Est	1 042	21,2	19,1 - 23,4	SN
Hauts-de-France	1 209	21,7	19,7 - 23,7	NS
Nord	*600*	*20,7*	*18,0 - 23,6*	*SN*
Île-de-France	3 014	25,6	24,3 - 26,9	< 0,001
Paris	*718*	*25,9*	*23,2 - 28,7*	< 0,05
Petite couronne	*1 218*	*26,9*	*24,8 - 29,1*	*< 0,001*
Grande couronne	*1 078*	*23,8*	*21,7 - 26,1*	*NS*
Normandie	650	21,8	19,2 - 24,7	NS
Nouvelle Aquitaine	926	22,5	20,2 - 24,8	NS
Occitanie	960	21,8	19,6 - 24,1	NS
PACA et Corse	872	19,8	17,6 - 22,2	NS
PACA	*844*	*19,5*	*17,3 - 21,9*	*NS*
Pays de la Loire	770	19,4	17,0 - 21,8	NS
DROM [3]	695	19,3	16,9 - 21,9	0,0814

(1) Rapporté au nombre de femmes.

(2) Test binomial comparant chaque grande région (ou département) à la métropole.

(3) Guadeloupe, Guyane, Martinique, Mayotte, La Réunion.

► **Tableau 66. Comparaisons régionales : accouchement par césarienne** [1]
(France ; femmes majeures et naissances vivantes)

	Effectifs	%	IC à 95 %	p [2]
Métropole	12 755	20,2	19,6 - 20,8	
Grandes régions				
Auvergne - Rhône-Alpes	1 601	20,4	18,7 - 22,1	NS
Rhône	527	19,5	16,7 - 22,6	NS
Bourgogne - Franche-Comté	470	16,0	13,2 - 19,0	< 0,05
Bretagne	596	18,8	16,2 - 21,6	NS
Centre-Val-de-Loire	477	20,8	17,7 - 24,1	NS
Grand Est	1 059	21,7	19,7 - 23,9	NS
Hauts-de-France	1 232	20,4	18,5 - 22,4	NS
Nord	611	20,0	17,3 - 22,8	NS
Île-de-France	3 072	22,5	21,3 - 23,8	< 0,05
Paris	*729*	*21,4*	*18,9 - 24,1*	*NS*
Petite couronne	*1 248*	*21,6*	*19,7 - 23,6*	*NS*
Grande couronne	*1 095*	*24,3*	*22,2 - 26,5*	< 0,05
Normandie	664	18,7	16,2 - 21,3	NS
Nouvelle Aquitaine	940	17,7	15,6 - 19,8	NS
Occitanie	975	19,1	17,0 - 21,3	NS
PACA et Corse	872	19,6	17,4 - 22,0	NS
PACA	857	20,1	17,8 - 22,5	NS
Pays de la Loire	782	18,3	16,0 - 20,7	NS
DROM [3]	704	20,7	18,3 - 23,4	NS

(1) Rapporté au nombre de naissances.

(2) Test binomial comparant chaque grande région (ou département) à la métropole.

(3) Guadeloupe, Guyane, Martinique, Mayotte, La Réunion.

► **Tableau 67. Comparaisons régionales : épisiotomie chez les femmes ayant accouché par voie basse** [1]
(France ; femmes majeures et naissances vivantes)

	Effectifs	%	IC à 95 %	p [2]
Métropole	9 982	20,1	19,4 - 20,7	
Grandes régions				
Auvergne - Rhône-Alpes	1 255	20,2	18,3 - 22,1	NS
Rhône	*419*	*22,9*	*19,6 - 26,6*	
Bourgogne - Franche-Comté	385	8,8	6,6 - 11,6	< 0,001
Bretagne	475	17,1	14,3 - 20,2	NS
Centre-Val-de-Loire	369	22,8	19,2 - 26,7	NS
Grand Est	813	15,5	13,4 - 17,7	< 0,05
Hauts-de-France	962	15,2	13,3 - 17,2	< 0,05
Nord	*477*	*14,3*	*11,7 - 17,2*	< 0,05
Île-de-France	2 342	24,2	22,7 - 25,7	< 0,001
Paris	*567*	*28,2*	*25,1 - 31,5*	*< 0,001*
Petite couronne	*958*	*22,8*	*20,5 - 25,1*	< 0,05
Grande couronne	*817*	*23,0*	*20,6 - 25,6*	< 0,05
Normandie	528	20,9	18,0 - 24,0	NS
Nouvelle Aquitaine	755	22,4	19,9 - 25,0	NS
Occitanie	775	20,5	18,2 - 23,1	NS
PACA et Corse	693	20,5	18,0 - 23,2	NS
PACA	670	20,7	18,2 - 23,5	NS
Pays de la Loire	630	20,8	18,2 - 23,6	NS
DROM [3]	548	8,9	7,0 - 11,2	< 0,001

(1) Rapporté au nombre de femmes ayant accouché par voie basse.

(2) Test binomial comparant chaque grande région (ou département) à la métropole.

(3) Guadeloupe, Guyane, Martinique, Mayotte, La Réunion.

► **Tableau 68. Comparaisons régionales : prématurité (< 37 SA)** [1]
(France ; femmes majeures et naissances vivantes)

	Effectifs	%	IC à 95 %	p [2]
Métropole	12 743	7,2	6,9 - 7,6	
Grandes régions				
Auvergne - Rhône-Alpes	1 601	5,9	5,0 - 7,0	NS
Rhône	*527*	*6,3*	*4,6 - 8,3*	*NS*
Bourgogne - Franche-Comté	470	7,4	5,6 - 9,8	SN
Bretagne	596	5,0	3,7 - 6,8	< 0,05
Centre-Val-de-Loire	476	8,0	6,0 - 10,3	NS
Grand Est	1 053	9,0	7,6 - 10,6	< 0,05
Hauts-de-France	1 230	9,4	8,1 - 10,9	< 0,05
Nord	*609*	*10,5*	*8,5 - 12,8*	< 0,05
Île-de-France	3 071	7,7	6,9 - 8,6	NS
Paris	*729*	*7,4*	*5,9 - 9,2*	*NS*
Petite couronne	*1 247*	*8,4*	*7,2 - 9,8*	*NS*
Grande couronne	*1 095*	*7,1*	*5,9 - 8,5*	*NS*
Normandie	662	8,0	6,3 - 10,0	NS
Nouvelle Aquitaine	941	5,5	4,4 - 6,9	NS
Occitanie	975	7,4	6,1 - 8,9	NS
PACA et Corse	885	5,4	4,2 - 6,9	< 0,05
PACA	*856*	*5,6*	*4,4 - 7,1*	*NS*
Pays de la Loire	782	6,3	4,9 - 7,9	NS
DROM [3]	705	11,9	10,0 - 14,1	< 0,001

(1) Rapporté au nombre de naissances.

(2) Test binomial comparant chaque grande région (ou département) à la métropole.

(3) Guadeloupe, Guyane, Martinique, Mayotte, La Réunion.

► **Tableau 69. Comparaisons régionales : poids inférieur à 2 500 grammes** [1]
(France ; femmes majeures et naissances vivantes)

	Effectifs	%	IC à 95 %	p [2]
Métropole	12 751	7,2	6,8 - 7,6	
Grandes régions				
Auvergne - Rhône-Alpes	1 601	6,1	5,1 - 7,1	NS
Rhône	*527*	*6,3*	*4,6 - 8,3*	*NS*
Bourgogne - Franche-Comté	470	6,8	5,0 - 9,0	NS
Bretagne	596	5,9	4,4 - 7,7	NS
Centre-Val-de-Loire	476	8,6	6,6 - 11	NS
Grand Est	1 059	7,4	6,1 - 8,8	NS
Hauts-de-France	1 231	9,7	8,4 - 11,3	< 0,05
Nord	*610*	*9,2*	*7,3 - 11,3*	*NS*
Île-de-France	3 073	7,5	6,8 - 8,4	NS
Paris	729	7,5	6,0 - 9,4	NS
Petite couronne	1 249	8,2	6,9 - 9,6	NS
Grande couronne	1 095	6,8	5,6 - 8,1	NS
Normandie	664	8,4	6,7 - 10,4	NS
Nouvelle Aquitaine	940	6,8	5,5 - 8,3	NS
Occitanie	975	7,4	6,1 - 8,9	SN
PACA et Corse	885	5,1	3,9 - 6,5	< 0,05
PACA	*856*	*5,0*	*3,9 - 6,4*	< 0,05
Pays de la Loire	780	6,2	4,8 - 7,8	NS
DROM [2]	705	12,8	10,8 - 15,0	<0,001

(1) Rapporté au nombre de naissances.

(2) Test binomial comparant chaque grande région (ou département) à la métropole.

(3) Guadeloupe, Guyane, Martinique, Mayotte, La Réunion.

► **Tableau 70. Comparaisons régionales : allaitement exclusif ou mixte à la maternité** [1]
(France ; femmes majeures et naissances vivantes)

	Effectifs	%	IC à 95%	p [2]
Métropole	11 820	66,7	66,0 - 67,4	
Grandes régions				
Auvergne - Rhône-Alpes	1 501	71,1	69,1 - 73,0	< 0,05
Rhône	*480*	*75,2*	*71,8 - 78,4*	*< 0,001*
Bourgogne - Franche-Comté	446	65,7	61,8 - 69,4	NS
Bretagne	580	57,8	54,3 - 61,2	< 0,001
Centre-Val-de-Loire	454	64,8	60,9 - 68,5	NS
Grand Est	959	61,1	58,4 - 63,7	< 0,05
Hauts-de-France	1 150	53,4	50,9 - 55,9	< 0,001
Nord	*582*	*59,8*	*56,3 - 63,2*	< 0,05
Île-de-France	2 754	76,9	75,6 - 78,2	< 0,001
Paris	*663*	*79,6*	*76,9 - 82,2*	*< 0,001*
Petite couronne	*1 087*	*77,9*	*75,8 - 80,0*	*< 0,001*
Grande couronne	*1 004*	*74,0*	*71,6 - 76,3*	*< 0,001*
Normandie	637	61,9	58,6 - 65,1	NS
Nouvelle Aquitaine	898	62,0	59,3 - 64,7	< 0,05
Occitanie	901	69,3	66,6 - 71,8	NS
PACA et Corse	794	71,5	68,8 - 74,2	< 0,05
PACA	*766*	*72,1*	*69,3 - 74,7*	< 0,05
Pays de la Loire	746	58,2	55,1 - 61,2	< 0,001
DROM [3]	653	83,3	80,7 - 85,7	< 0,001

(1) Rapporté au nombre de naissances.

(2) Test binomial comparant chaque grande région (ou département) à la métropole.

(3) Guadeloupe, Guyane, Martinique, Mayotte, La Réunion.

Tableau 71. Comparaisons régionales : accouchement en maternité de type III [1]
(France ; femmes majeures et naissances vivantes)

	Effectifs	%	IC à 95%	p [2]
Métropole	12 867	26,4	25,8 - 27,1	
Grandes régions				
Auvergne - Rhône-Alpes	1 620	23,6	21,9 - 25,4	< 0,05
Rhône	536	30,2	27,0 - 33,7	NS
Bourgogne - Franche-Comté	473	20,9	17,9 - 24,2	< 0,05
Bretagne	592	28,2	25,2 - 31,4	NS
Centre-Val-de-Loire	487	30,8	27,4 - 34,4	< 0,05
Grand Est	1 073	22,6	20,5 - 24,8	< 0,05
Hauts-de-France	1 239	29,2	27,1 - 31,4	< 0,05
Nord	603	26,4	23,4 - 29,5	NS
Île-de-France	3 090	33,0	31,6 - 34,4	< 0,001
Paris	*729*	*36,5*	*33,5 - 39,5*	*< 0,001*
Petite couronne	*1 243*	*33,9*	*31,7 - 36,2*	*< 0,001*
Grande couronne	*1 118*	*29,6*	*27,3 - 31,9*	< 0,05
Normandie	665	29,5	26,6 - 32,5	NS
Nouvelle Aquitaine	955	25,2	22,9 - 27,7	NS
Occitanie	993	20,6	18,6 - 22,9	< 0,001
PACA et Corse	899	13,0	11,2 - 15,0	< 0,001
PACA	869	13,5	11,6 - 15,5	< 0,001
Pays de la Loire	781	27,9	25,3 - 30,7	NS
DROM [3]	719	62,2	59,1 - 65,2	< 0,001

(1) Rapporté au nombre de femmes.

(2) Test binomial comparant chaque grande région (ou département) à la métropole.

(3) Guadeloupe, Guyane, Martinique, Mayotte, La Réunion.

Résultats sur les naissances dans les DROM

Tableau 72. Caractéristiques sociodémographiques des femmes (DROM)
(DROM et métropole ; femmes majeures et naissances vivantes)

	Métropole		DROM		
	%	p	n	%	IC à 95 %
Âge de la femme [1,2]					
18 - 19 ans	1,6	< 0,001	41	5,7	4,2 - 7,7
20 - 24	12,0		161	22,5	19,5 - 25,8
25 - 29	31,3		196	27,4	24,2 - 30,8
30 - 34	33,8		177	24,8	21,6 - 28,1
35 - 39	17,3		100	14,0	11,5 - 16,8
≥ 40	4,0		40	5,6	4,0 - 7,5
	(12 941)		(715)		
Âge moyen	30,3 ± 5,2		28,8 ± 6,2		
Parité [1,2]					
0	42,2	< 0,001	217	30,3	27,0 - 33,8
1	35,6		191	26,7	23,5 - 30,1
2	14,3		136	19,0	16,2 - 22,1
3	4,8		74	10,3	8,2 - 12,8
≥ 4	3,1		98	13,7	11,3 - 16,4
	(12 945)		(716)		
Niveau d'études [1]					
Non scolarisée, primaire	1,6	< 0,001	94	14,5	12,3 - 17,0
Collège (6ème à 3ème)	6,2		94	14,5	12,3 - 17,0
Enseignement prof. court	15,1		70	10,8	8,9 - 13,0
Lycée, ens. général	8,7		84	13,0	10,8 - 15,3
Lycée, ens. professionnel ou technique	13,0		94	14,5	12,3 - 17,0
Bac. + 1 ou 2 ans	19,3		108	16,7	14,3 - 19,3
Bac. + 3 ou 4 ans	18,2		76	11,7	9,7 - 14,0
≥ Bac. + 5 ans	17,9		28	4,3	3,1 - 5,9
	(11 661)		(648)		
Statut marital [1]					
Mariée	40,6	< 0,001	130	20,1	17,6 - 22,9
Pacsée	18,1		23	3,6	2,5 - 5,0
Célibataire	41,3		492	76,3	73,4 - 79,0
	(11 716)		(645)		
Vie en couple [1]					
Oui, dans le même logement	91,6	< 0,001	417	63,8	60,7 - 67,0
Oui, dans des logements différents	3,2		73	11,2	9,2 - 13,4
Non	5,2		163	25,0	22,2 - 27,9
	(11 736)		(653)		

(1) Rapporté au nombre de femmes.

(2) Indicateur recommandé (échantillon incluant les femmes non-participantes).

Tableau 73. Conditions de vie des femmes (DROM)
(DROM et métropole ; femmes majeures et naissances vivantes)

	Métropole		DROM		
	%	p	n	%	IC à 95 %
Situation professionnelle de la femme en fin de grossesse [1]					
Emploi	68,1	< 0,001	207	36,4	33,0 - 39,8
Femme au foyer	12,1		197	34,7	31,5 - 38,2
Etudiante	2,1		27	4,8	3,4 - 6,5
Au chômage	16,8		132	23,2	20,3 - 26,3
Autre situation	0,9		5	0,9	0,4 - 1,8
	(11 496)		(568)		
Situation du/de la partenaire au moment de l'entretien [1]					
Emploi	87,9	< 0,001	336	75,0	71,4 - 78,4
Étudiant	0,9		5	1,1	0,4 - 2,3
Au chômage	9,9		92	20,5	17,4 - 23,9
Autre situation	1,3		15	3,4	2,1 - 5,1
	(10 971)		(448)		
Ensemble des ressources du ménage [1,2]					
Allocation d'aide au retour à l'emploi	15,1	< 0,001	86	13,3	11,1 - 15,6
RSA ou Prime d'activité	9,9		181	27,9	25,0 - 30,9
Autres aides	2,6		28	4,3	3,1 - 5,9
Revenus du travail	71,8		313	48,2	44,9 - 51,5
Aucune ressource	0,6		41	6,3	4,8 - 8,1
	(11 730)		(649)		
Couverture sociale en début de grossesse [1]					
Assurance maladie obligatoire	85,8	< 0,001	300	45,9	42,7 - 49,2
CMU	11,7		204	31,2	28,3 - 34,4
AME	1,1		18	2,8	1,8 - 4,1
Aucune	1,4		131	20,1	17,5 - 22,8
	(11 741)		(653)		
Couverture maladie complémentaire [1]					
Mutuelle, assurance privée, institution de prévoyance	82,1	< 0,001	219	34,3	31,2 - 37,5
CMU complémentaire	9,2		161	25,2	22,4 - 28,2
Aucune	8,7		259	40,5	37,3 - 43,8
	(11 669)		(639)		

(1) Rapporté au nombre de femmes.

(2) Si plusieurs sources de revenu, classement suivant l'ordre présenté ici.

Tableau 74. Contraception et traitement de l'infertilité (DROM)
(DROM et métropole ; femmes majeures et naissances vivantes)

	Métropole		DROM		
	%	p	n	%	IC à 95 %
Usage d'une contraception dans le passé [1]					
Aucune	8,3	< 0,001	121	18,6	16,1 - 21,3
Pilule	62,8		354	54,5	51,2 - 57,7
Dispositif intra-utérin	9,6		56	8,6	6,9 - 10,7
Implant, patch, anneau vaginal	4,9		44	6,8	5,2 - 8,6
Préservatif masculin	11,1		45	6,9	5,4 - 8,8
Retrait	1,9		8	1,2	0,6 - 2,2
Abstinence périodique	1,1		5	0,8	0,3 - 1,6
Autre méthode	0,3		17	2,6	1,7 - 3,9
	(11 727)		(650)		
Motif d'arrêt de la contraception [1]					
Souhait d'avoir un enfant	78,1	< 0,001	270	54,0	50,2 - 57,7
Était enceinte (grossesse sous contraception)	9,3		75	15,0	12,4 - 17,9
Autre motif	12,6		155	31,0	27,6 - 34,6
	(10 401)		(500)		
Traitements de l'infertilité pour cette grossesse [1]					
Oui	7,0	NS	23	3,6	2,4 - 5,0
Non	93,0		624	96,4	95,0 - 97,6
	(11 714)		(647)		

(1) Rapporté au nombre de femmes.

Tableau 75. Antécédents médicaux et santé avant la grossesse (DROM)
(DROM et métropole ; femmes majeures et naissances vivantes)

	Métropole		DROM		
	%	p	n	%	IC à 95 %
Diabète avant la grossesse [1]					
Oui, DID ou DNID	0,5	NS	10	1,5	0,8 - 2,4
Oui, diabète gestationnel	1,8		12	1,7	1,0 - 2,8
Non	97,7		670	96,8	95,5 - 97,8
	(12 476)		(692)		
HTA avant la grossesse [1]					
Oui, HTA chronique	0,7	< 0,001	20	2,9	1,9 - 4,2
Oui, HTA durant une grossesse antérieure	1,3		10	1,4	0,8 - 2,4
Non	98,0		661	95,7	94,2 - 96,9
	(12 492)		(691)		
IMC avant la grossesse [1]					
< 18,5	7,4	< 0,001	43	7,7	5,0 - 9,8
18,5 - 24,9	60,8		263	47,1	43,5 - 50,6
25 - 29,9	20,0		137	24,5	21,5 - 27,7
30 - 34,9	8,1		69	12,3	10,1 - 14,9
≥ 35	3,7		47	8,4	6,6 - 10,6
	(11 588)		(559)		
Nombre d'IVG [2]					
0	83,6	< 0,001	499	78,0	75,1 - 80,6
1	12,6		98	15,3	13,0 - 17,9
≥ 2	3,8		43	6,7	5,2 - 8,6
	(11 528)		(640)		
Antécédent de mort-né, mort néonatale, accouchement prématuré ou hypotrophie [3]					
Oui	14,8	< 0,001	103	21,7	18,1 - 25,7
Non	85,2		372	78,3	74,3 - 81,9
	(7 196)		(475)		
Antécédent de césarienne [3]					
Oui	19,8	NS	88	18,1	14,8 - 21,9
Non	80,2		397	81,9	78,1 - 85,2
	(7 224)		(485)		

(1) Rapporté au nombre de femmes.

(2) Interruption volontaire de grossesse ; information issue de l'entretien auprès des femmes.

(3) Rapporté au nombre de femmes multipares.

Tableau 76. Comportements pendant la grossesse et prévention (DROM)
(DROM et métropole ; femmes majeures et naissances vivantes)

	Métropole		DROM		
	%	p	n	%	IC à 95 %
Réaction à la découverte de la grossesse [1]					
Heureuse d'être enceinte maintenant	72,5	< 0,001	421	64,9	61,7 - 68,0
Grossesse souhaitée plus tôt	11,8		54	8,3	6,6 - 10,3
Grossesse souhaitée plus tard	12,2		114	17,6	15,1 - 20,2
Aurait préféré ne pas être enceinte	3,5		60	9,2	7,4 - 11,3
	(11 718)		(649)		
État psychologique durant la grossesse [1]					
Bien	67,7	NS	404	62,8	59,6 - 66,0
Assez bien	22,2		149	23,2	20,5 - 26,1
Assez mal	7,3		56	8,7	7,0 - 10,8
Mal	2,8		34	5,3	3,9 - 7,0
	(11 713)		(643)		
Entretien prénatal précoce [1]					
Oui	28,5	< 0,001	162	24,9	22,1 - 27,8
Non	68,5		446	68,4	65,3 - 71,4
Ne sait pas	3,0		44	6,7	5,2 - 8,6
	(11 735)		(652)		
Entretien avec un(e) assistant(e) de service social pendant la grossesse [1]					
Oui	8,8	NS	42	6,4	4,9 - 8,3
Non	91,2		610	93,6	91,8 - 95,1
	(11 740)		(652)		
Nombre de cigarettes / jour au 3ème trimestre de grossesse [1]					
0	83,4	< 0,001	618	94,8	93,1 - 96,1
1 à 9	12,3		27	4,1	2,9 - 5,7
≥ 10	4,3		7	1,1	0,5 - 2,0
	(11 744)		(652)		
Début de prise d'acide folique avant la grossesse [1]					
Oui	23,2	< 0,001	33	5,4	4,0 - 7,2
Non	76,8		576	94,6	92,8 - 96,0
	(11 154)		(609)		
Consultation de diététique (ou réunion d'information) [1]					
Oui	12,6	< 0,001	99	15,2	12,9 - 17,7
Non	87,4		553	84,8	82,3 - 87,1
	(11 734)		(652)		

(1) Rapporté au nombre de femmes.

Tableau 77. Suivi prénatal (DROM)
(DROM et métropole ; femmes majeures et naissances vivantes)

	Métropole		DROM		
	%	p	n	%	IC à 95 %
Déclaration de grossesse [(1)]					
Oui	99,4	< 0,001	530	81,9	79,2 - 84,4
Non	0,6		117	18,1	15,6 - 20,8
	(11 742)		(647)		
Trimestre de déclaration [(1)]					
1er	92,7	< 0,001	433	82,2	79,2 - 84,9
2ème	6,2		83	15,7	13,2 - 18,6
3ème	1,1		11	2,1	1,2 - 3,4
	(11 611)		(527)		
Nombre total de consultations prénatales [(1)]					
0 à 3	0,8	< 0,001	20	3,2	2,1 - 4,6
4 ou 5	2,9		55	8,8	7,0 - 10,9
6 ou 7	16,1		140	22,5	19,7 - 25,4
8 ou 9	34,6		193	31,0	27,9 - 34,2
10 ou 11	22,7		105	16,8	14,4 - 19,5
12 à 15	17,1		82	13,2	11,0 - 15,6
≥ 16	5,8		28	4,5	3,2 - 6,1
	(11 610)		(623)		
Nombre moyen de consultations		10,0 ± 3,8		9,0 ± 3,8	
Nombre de consultations aux urgences de la maternité [(1)]					
0	41,5	< 0,001	308	49,5	46,2 - 52,9
1	28,2		135	21,7	19,0 - 24,6
≥ 2	30,3		179	28,8	25,8 - 31,9
	(11 647)		(622)		
Au moins une cs auprès de l'équipe responsable de l'accouchement [(1)]					
Oui	93,7	< 0,001	552	84,9	82,4 - 87,2
Non	6,3		98	15,1	12,8 - 17,6
	(11 710)		(650)		
Professionnel principalement responsable du suivi durant les 6 premiers mois [(1)]					
Généraliste	6,5	< 0,001	48	7,5	5,9 - 9,5
Gynécologue-Obstétricien (libéral)	49,7		241	37,8	34,6 - 41,1
Gynécologue-Obstétricien (public)	16,0		44	6,9	5,3 - 8,8
Sage-femme (libéral)	8,5		101	15,8	13,5 - 18,4
Sage-femme (public)	14,8		53	8,3	6,6 - 10,3
PMI	2,3		129	20,2	17,6 - 23,0
Plusieurs de ces professionnels	2,2		22	3,5	2,4 - 4,9
	(11 645)		(638)		

(1) Rapporté au nombre de femmes.

Tableau 78. Examens de dépistage et de diagnostic durant la grossesse (DROM)
(DROM et métropole ; femmes majeures et naissances vivantes)

	Métropole		DROM		
	%	p	n	%	IC à 95 %
Nombre d'échographies [1]					
0	0,1	< 0,001	7	1,1	0,5 - 2,0
1 ou 2	0,9		94	14,7	12,4 - 17,2
3	24,3		168	26,2	23,4 - 29,3
4 ou 5	38,8		171	26,7	23,9 - 29,8
≥ 6	35,9		200	31,3	28,2 - 34,4
	(11 669)		(640)		
Mesure échographique de la clarté nucale [1]					
Oui	87,0	< 0,001	407	62,4	59,2 - 65,6
Non	6,1		104	16,0	13,6 - 18,5
Ne sait pas	6,9		141	21,6	19,0 - 24,5
	(11 718)		(652)		
Dépistage sérique du risque de trisomie 21 [1]					
Oui	88,2	< 0,001	471	74,5	71,5 - 77,4
Non, non proposé	0,6		12	1,9	1,1 - 3,1
Non, dépistage refusé	4,9		13	2,1	1,2 - 3,3
Non, consultation trop tardive	2,1		22	3,5	2,4 - 4,9
Non, caryotype fœtal d'emblée / DPNI	0,2		0	0,0	0,0 - 0,0
Non, autre motif ou non précisé	3,6		103	16,3	13,9 - 18,9
Ne sait pas	0,4		11	1,7	1,0 - 2,9
	(11 506)		(632)		
Dépistage du diabète gestationnel [1]					
Oui	73,2	< 0,001	577	88,6	86,4 - 90,6
Non	25,9		67	10,3	8,4 - 12,5
Ne sait pas	0,9		7	1,1	0,5 - 2,0
	(11 738)		(651)		
Frottis cervico-utérin (FCU) durant la grossesse [1]					
Oui, pendant la grossesse	23,1	< 0,001	178	27,7	24,3 - 31,3
Oui, dans les 3 ans précédant la grossesse	47,0		213	33,1	28,3 - 35,6
Non	19,7		205	31,9	29,5 - 36,9
Ne sait pas	10,2		47	7,3	5,4 - 9,6
	(11 656)		(643)		

(1) Rapporté au nombre de femmes.

Tableau 79. Hospitalisation et pathologies durant la grossesse (DROM)
(DROM et métropole ; femmes majeures et naissances vivantes)

	Métropole		DROM		
	%	p	n	%	IC à 95 %
Hospitalisation [1,2]					
Oui	18,1	< 0,001	178	27,4	24,5 - 30,4
Non	81,9		472	72,6	69,6 - 75,5
	(11 734)		(650)		
Durée d'hospitalisation [1,2]					
1 ou 2 jours	38,3	NS	61	35,1	29,1 - 41,5
3 à 7	42,6		76	43,7	37,3 - 50,2
8 à 14	9,9		18	10,3	6,8 - 15,0
≥ 15	9,2		19	10,9	7,3 - 15,6
	(2 099)		(174)		
Corticothérapie anténatale [1,3]					
Oui	5,9	NS	45	6,6	5,1 - 8,4
Non	94,1		639	93,4	91,6 - 94,9
	(12 419)		(684)		
MAP avec hospitalisation [1]					
Oui	5,4	NS	53	7,6	6,1 - 9,5
Non	94,6		640	92,4	90,5 - 94,0
	(12 499)		(693)		
HTA durant la grossesse [1]					
Oui, avec protéinurie [4]	2,0	NS	23	3,3	2,3 - 4,7
Oui, sans protéinurie	2,3		27	3,9	2,8 - 5,3
Non	95,7		642	92,8	90,9 - 94,3
	(12 477)		(692)		
Diabète gestationnel [1]					
Oui, sous insuline	3,2	NS	21	3,1	2,1 - 4,4
Oui, sous régime	7,2		58	8,4	6,7 - 10,4
Oui, traitement non renseigné	0,4		3	0,4	0,1 - 1,1
Non	89,2		608	88,1	85,9 - 90,1
	(12 492)		(690)		

(1) Rapporté au nombre de femmes.

(2) Information issue de l'entretien auprès des femmes.

(3) Corticothérapie anténatale pour 75,0 % des enfants nés < 34 SA dans les DROM (contre 90,2 % en métropole).

(4) Avec protéinurie ≥ 0,3 g / L ou par 24h.

Tableau 80. Déroulement du travail (DROM)
(DROM et métropole ; femmes majeures et naissances vivantes)

	Métropole		DROM		
	%	p	n	%	IC à 95 %
Temps de transport pour aller accoucher [1]					
< 30 minutes	76,2	< 0,001	415	65,8	62,5 - 68,9
30 - 44	16,6		127	20,2	17,6 - 23,1
≥ 45	7,2		88	14,0	11,8 - 16,5
	(11 616)		(630)		
Mode de début du travail [1,2]					
Spontané	68,6	NS	512	71,8	68,4 - 75,1
Déclenché	22,0		137	19,2	16,4 - 22,3
Césarienne	9,4		64	9,0	7,0 - 11,3
	(12 936)		(713)		
Si déclenchement, méthode initiale [1]					
Oxytocine seule	38,0	NS	43	32,1	25,4 - 39,4
Maturation cervicale	62,0		91	67,9	60,7 - 74,6
	(2 730)		(134)		
Mode d'accouchement [3]					
Voie basse non instrumentale	67,5	NS	508	72,2	68,7 - 75,4
Voie basse instrumentale	12,3		50	7,1	5,3 - 9,3
Forceps	*27,6*		*6*	*12,0*	*4,5 - 24,3*
Spatules	*22,6*		*8*	*16,0*	*7,2 - 29,1*
Ventouse	*49,8*		*36*	*72,0*	*57,5 - 83,8*
Césarienne	20,2		146	20,7	17,8 - 23,9
	(12 755)		(704)		
Professionnel ayant réalisé l'accouchement [3]					
Sage-femme	58,6	< 0,001	413	65,0	61,8 - 68,2
Gynécologue-Obstétricien	41,3		217	34,2	31,1 - 37,4
Autre	0,1		5	0,8	0,3 - 1,7
	(11 934)		(635)		
Episiotomie [4]					
Oui	34,9	NS	37	24,3	18,7 - 30,8
Non	65,1		115	75,7	69,3 - 81,3
	(4 083)		(152)		
Type d'analgésie durant le travail [5]					
Aucune analgésie	17,3	< 0,001	330	53,2	49,8 - 56,6
Analgésie péridurale (APD)	81,4		285	46,0	42,6 - 49,4
Rachianalgésie	0,4		0	0,0	0,0 - 0,0
Rachianalgésie-péridurale combinée (RPC)	0,8		2	0,3	0,1 - 1,0
Analgésie intraveineuse	0,1		3	0,5	0,1 - 1,3
	(11 153)		(620)		

(1) Rapporté au nombre de femmes.

(2) Indicateur recommandé (échantillon incluant les femmes non-participantes).

(3) Rapporté au nombre de naissances.

(4) Rapporté au nombre de femmes primipares ayant accouché par voie basse.

(5) Rapporté au nombre de femmes pour lesquelles une tentative de voie basse a eu lieu.

Tableau 81. Souhaits et satisfaction des femmes (DROM)
(DROM ; femmes majeures et naissances vivantes)

	Métropole		DROM		
	%	p	n	%	IC à 95 %
Souhaits particuliers pour l'accouchement [1]					
Oui, rédaction d'un projet de naissance	3,7	< 0,001	13	2,0	1,2 - 3,2
Oui, demandes exprimées à l'arrivée à la maternité	17,2		49	7,6	6,0 - 9,6
Oui, mais demandes non exprimées	1,9		17	2,7	1,7 - 3,9
Non, pas de demande particulière	77,2		564	87,7	85,4 - 89,8
	(11 688)		(643)		
Satisfaction des demandes par l'équipe [1, 2, 3]					
Tout à fait	80,2	NS	40	64,5	51,3 - 76,3
Plutôt oui	16,4		18	29,0	18,2 - 42,0
Plutôt non	2,4		3	4,9	1,0 - 13,5
Pas du tout	1,0		1	1,6	0,0 - 8,7
	(2 387)		(62)		
Souhait d'une analgésie péridurale avant l'accouchement [1,4]					
Oui, absolument	64,3	< 0,001	213	36,4	32,5 - 40,4
Oui peut-être	21,1		91	15,5	12,7 - 18,7
Non	14,6		282	48,1	44,0 - 52,3
	(10 509)		(586)		
Satisfaction de la méthode reçue pour gérer la douleur et les contractions [1,4]					
Très satisfaisant	61,3	< 0,001	257	49,6	45,2 - 54,0
Plutôt satisfaisant	27,0		154	29,7	25,8 - 33,9
Peu satisfaisant	7,7		73	14,1	11,2 - 17,4
Pas du tout satisfaisant	4,0		34	6,6	4,6 - 9,1
	(10 270)		(518)		

(1) Rapporté au nombre de femmes.

(2) Compte tenu du déroulement de l'accouchement.

(3) Si rédaction d'un projet de naissance ou demandes exprimées à l'arrivée à la maternité.

(4) Si tentative de voie basse (travail spontané ou déclenché).

Tableau 82. Le nouveau-né (DROM)
(DROM ; femmes majeures et naissances vivantes)

	Métropole		DROM		
	%	p	n	%	IC à 95 %
Âge gestationnel [1,2]					
≤ 32 SA	1,5	< 0,001	13	1,8	1,0 - 3,1
33 - 34	1,5		14	1,9	1,1 - 3,2
35 - 36	4,5		58	8,0	6,1 - 10,2
37	7,2		75	10,4	8,2 - 12,8
38	15,7		178	24,6	21,5 - 27,9
39	26,8		189	26,1	22,9 - 29,5
40	25,5		147	20,3	17,4 - 23,4
≥ 41	17,3		50	6,9	5,2 - 9,0
	(13 155)		(724)		
Prématurité (< 37 SA) [1,2]	7,5	< 0,001	85	11,7	9,5 - 14,3
	(13 155)		(724)		
Poids de naissance [1,2]					
< 1 500 g	1,1	< 0,001	10	1,4	0,7 - 2,5
1 500 - 1 999	1,5		21	2,9	1,8 - 4,4
2 000 - 2 499	4,9		60	8,3	6,4 - 10,5
2 500 - 2 999	20,6		205	28,3	25,0 - 31,7
3 000 - 3 499	39,4		284	39,1	35,6 - 42,8
3 500 - 3 999	25,6		114	15,7	13,2 - 18,6
≥ 4 000	6,9		31	4,3	2,9 - 6,0
	(13 158)		(725)		
Apgar à 5 min [1,2]					
< 5	0,4	NS	2	0,3	0,1 - 1,0
5 - 6	0,8		6	0,8	0,3 - 1,8
7 - 8	3,2		26	3,6	2,4 - 5,2
9 - 10	95,6		689	95,3	93,5 - 96,7
	(13 143)		(723)		
Mode d'alimentation [1]					
Allaitement maternel exclusif	52,2	< 0,001	379	58,0	54,8 - 61,3
Allaitement maternel mixte	14,5		165	25,3	22,5 - 28,2
Préparation pour nourrisson	33,3		109	16,7	14,3 - 19,3
	(11 820)		(653)		
Transfert du nouveau-né [1,2]					
Réanimation ou soins intensifs	2,4	NS	28	4,0	2,9 - 5,4
Néonatalogie	4,2		44	6,2	4,8 - 8,0
Unité kangourou	3,3		25	3,6	2,5 - 4,9
Autre	0,0		0	0,0	0,0 - 0,0
Non	90,1		606	86,2	83,9 - 88,3
	(12 749)		(703)		

(1) Rapporté au nombre de naissances.

(2) Indicateur recommandé (échantillon incluant les femmes non-participantes).

(3) Transferts en centre périnatal de proximité (CPP) non inclus (n = 13 en métropole et n = 0 dans les DROM).

PARTIE 3 - RÉSULTATS SUR LES ÉTABLISSEMENTS

1. Évolution de l'offre de soins

Cette partie décrit les caractéristiques des maternités, leur environnement, le profil de leurs équipes soignantes, l'organisation des prises en charge et les évolutions observées depuis les enquêtes précédentes de 2003 et de 2010. L'analyse est détaillée en fonction du type de maternité, de sa taille et de son statut public ou privé, le statut « public » regroupant les maternités publiques et celles des établissements de santé privé d'intérêt collectif (ESPIC).

Au 15 mars 2016, la France compte 517 maternités : 497 en métropole et 20 dans les DROM. Sous l'effet des restructurations profondes de l'offre de soins en périnatalité (fermetures, fusions, rapprochements inter-hospitaliers ou coopérations public-privé…), la diminution du nombre des maternités s'est poursuivie depuis 2010, mais de façon moins importante que durant les périodes précédentes. Au total, depuis 1995, le nombre de maternités a diminué de 39 % alors que le nombre de naissances vivantes alors que le nombre de naissances est resté globalement stable au cours de la même période.

1.1. Selon le type d'autorisation

En métropole, 43 % de maternités sont de type I, 28 % de type IIA, 17 % de type IIB et 12 % de type III (Tableaux 83 à 86). Les accouchements se répartissent de façon assez homogène entre ces différents types mais la part des accouchements dans les maternités de type III a augmenté entre 2010 et 2016, passant de 22 % à 26 %. Dans les DROM, les maternités de type IIB et III occupent une place prépondérante (Tableaux 87 à 90).

Entre 2003 et 2016, le nombre de maternités de type I a diminué de 37 % et s'établit à 214 en 2016, celui des maternités de type IIA a légèrement diminué entre 2003 (132) et 2010 (122) mais augmente depuis, pour atteindre 141 en 2016. Le nombre de maternités de type IIB, stable entre 2003 et 2010 (90), diminue légèrement en 2016 (82), alors que celui des maternités de type III a peu varié (56 maternités en 2003, 61 en 2010 et 60 en 2016).

1.2. Selon le statut

Le nombre de maternités du secteur privé à but lucratif s'est stabilisé entre 2010 et 2016, après la diminution observée au cours des périodes précédentes (Tableaux 83 à 86). Ce secteur, qui représente 27 % des maternités en 2016, accueille 25 % de l'ensemble des accouchements en métropole, contre 28 % en 2010. Des disparités géographiques importantes sont observées (carte 1) ; le secteur privé est plus fortement représenté en Occitanie (44 % des accouchements) qu'en région Bourgogne-Franche-Comté

(13 %), Normandie (17 %), Centre-Val de Loire (18 %) et Bretagne (20%). Dans les DROM, le secteur privé est inexistant à Mayotte et peu présent en Guyane (5 % des accouchements) alors qu'il représente 31 %, 34 % et 40 % des accouchements respectivement à La Réunion, en Martinique et en Guadeloupe.

Le fonctionnement des maternités : éléments de réglementation

Afin d'améliorer la sécurité de la naissance, deux décrets du 9 octobre 1998 ont introduit de nouvelles normes de sécurité pour les maternités, relatives aux personnels et aux locaux, et de nouvelles règles d'organisation. Quatre types de maternités ont été définis, qui correspondent à trois niveaux de spécialisation des soins pour les nouveau-nés. Les maternités de type I accueillent les grossesses sans problème identifié. Celles qui disposent d'un service de néonatalogie sur le même site que le service d'obstétrique sont de type IIA ou de type IIB selon l'absence ou la présence de lits dédiés aux soins intensifs en néonatalogie. Les maternités de type III prennent en charge les grossesses «à risque», avec un service de réanimation néonatale et un service de néonatologie. Des réseaux de santé en périnatalité sont chargés de coordonner les maternités entre elles, notamment pour l'organisation des transferts.

La réglementation concernant les locaux et les personnels nécessaires au fonctionnement des maternités a été adossée à leur volume d'activité. Tout secteur de naissance comporte au moins une salle de travail. L'arrêté du 25 avril 2000 précise que le nombre minimal de salles de travail est d'une salle supplémentaire pour 500 accouchements entre 500 et 3000 accouchements par an, et d'une salle supplémentaire pour 1000 accouchements au-delà de 3000 accouchements (soit deux salles si la maternité réalise annuellement entre 500 et 1000 accouchements, trois salles entre 1001 et 1500 accouchements, six salles entre 2501 et 3000, sept salles entre 3001 et 4000...). Le nombre minimal de salles de pré-travail est de 1 pour 1000 accouchements par an. Certains établissements confrontés à une augmentation du nombre de naissances et qui ne peuvent à court terme entreprendre des travaux d'extension des locaux de la maternité peuvent être amenés à aménager des salles de pré-travail en salle de naissance, afin d'y accueillir les parturientes pendant le travail.

Selon les décrets de 1998, doivent être présentes au minimum une sage-femme affectée au secteur de naissance en permanence pour les maternités de moins de 1000 naissances par an et une sage-femme (en équivalent temps plein) en plus pour chaque tranche de 200 naissances supplémentaires. En ce qui concerne les médecins, pour une maternité qui accueille moins de 1500 naissances par an, au minimum et en permanence, un gynécologue-obstétricien et un anesthésiste doivent être d'astreinte opérationnelle et un pédiatre doit être disponible, dans des délais compatibles avec l'impératif de sécurité. Au-delà de 1500 naissances par an, au minimum et en permanence, un gynécologue-obstétricien et un anesthésiste doivent être présents, le premier au sein de la maternité et le second sur le site où se trouve la maternité, et un pédiatre doit être d'astreinte opérationnelle. Un anesthésiste doit être présent en permanence dans l'unité d'obstétrique au-delà de 2000 naissances par an. Les pédiatres sont toujours présents de jour dans les services de néonatologie et, au minimum, en astreinte la nuit (maternités IIA), et doivent être présents en permanence dans les unités de soins intensifs et de réanimation néonatale (maternité de type IIB et III).

1.3. Selon la taille

Entre 2010 et 2016 le nombre de maternités réalisant moins de 500 accouchements par an a cessé de baisser et augmente même légèrement en métropole (Tableaux 83 à 86) ; en 2016 ces 58 maternités réalisent 3 % des accouchements.

Vingt maternités réalisaient au moment de l'enquête moins de 300 accouchements, contre 14 en 2010. Le maintien de ces « très petites» maternités (toutes de type I) peut s'expliquer par des contraintes d'isolement géographique et d'éloignement des autres structures. Le temps médian pour se rendre de la commune où se situe la maternité à celle de la maternité de types IIA, IIB ou III la plus proche est de 57 minutes (62 minutes en heures pleines). Deux de ces maternités sont situées à plus d'une heure et

demie de la maternité de types IIA, IIB ou III la plus proche. À titre de comparaison, en métropole, pour les maternités de type 1 réalisant plus de 300 accouchements annuels, ce temps médian est de 19 minutes (respectivement 26 minutes). Pour 16 de ces 20 maternités, la distance avec la maternité de types IIA, IIB ou III la plus proche est supérieure à 45 km.

À l'autre extrémité, le nombre de maternités réalisant 2 000 accouchements ou plus reste stable mais, parmi celles-ci, celles réalisant 3 500 accouchements ou plus continue d'augmenter : elles sont 27 en 2016, réalisant 15 % des accouchements, alors qu'on en dénombrait 6 en 2003.

Entre 2010 et 2016 la diminution du nombre de maternités porte principalement sur les maternités de taille moyenne réalisant entre 1 000 et 1 500 accouchements (-23 %, tableaux 83 à 86). Pour les autres catégories de maternités, les évolutions sont plus difficiles à analyser. Le nombre de maternités réalisant entre 1 500 et 1 999 accouchements reste stable. Il est toujours inférieur à celui des catégories adjacentes.

1.4. Lien entre type, statut et taille des maternités

Il existe un lien étroit entre la taille, le type d'autorisation et le statut des maternités.

Parmi les maternités réalisant 3 500 accouchements ou plus par an, 81 % sont de type III (toutes publiques), deux autres maternités sont de type IIB (publiques) et trois maternités appartenant au secteur privé à but lucratif sont de type 2A. À l'inverse, les maternités réalisant moins de 500 accouchements par an sont uniquement des maternités de type I, publiques dans 80 % des cas (Tableau 83 à 86).

Concernant les maternités privées, il s'agit essentiellement de maternités de types I ou IIA. Seules 6 maternités privées sont de type IIB et aucune n'est de type III. Dans ce secteur, la taille des maternités augmente, de même que la part des établissements de type IIA.

1.5. Comparaisons régionales en métropole

Sur l'ensemble des accouchements de métropole, 26 % se produisent dans une maternité de type III en 2016, mais ce taux varie en fonction des régions (figure 4). Dans les régions Centre Ouest (Île-de-France, Centre-Val de Loire, Normandie) les maternités de type III réalisent plus de 30 % des accouchements alors qu'en Provence-Alpes-Côte d'Azur et en Bourgogne-Franche-Comté, elles en réalisent moins de 20 %. Seule la Corse ne compte aucune maternité de type III. Les chiffres pour les régions de grande taille peuvent toutefois masquer des disparités infrarégionales. Les réformes récentes (nouvelles régions, Groupements hospitaliers de territoire – GHT) peuvent influencer l'organisation des maternités, mais le niveau géographique pertinent pour l'analyse de la régionalisation des soins en périnatalité dans ce nouveau contexte reste à définir.

1.6. Offre de soins dans les DROM

Les DROM se caractérisent globalement par une offre de soins plus spécialisée qu'en métropole (47 % des accouchements se produisent en maternité de type III en Guyane et à La Réunion, 53 % en Martinique et 61 % en Guadeloupe, Tableaux 87 à 90). La Réunion et la Guyane disposent d'au moins une maternité de chaque type alors qu'en Martinique et en Guadeloupe, il n'existe pas de maternité de types IIA ou IIB.

À Mayotte, il existe un seul centre hospitalier comportant une maternité considérée comme équivalente à un type III et quatre « centres de référence » répartis sur l'île, disposant de salles de naissances, qui dépendent juridiquement du centre hospitalier. En leur sein, les accouchements des femmes présentant une grossesse à bas risque sont accompagnés par des sages-femmes uniquement qui assurent également le suivi ante- et post-partum. Les maternités les plus proches de Mayotte sont celles de La Réunion, distantes de plus de 1 400 km.

1.7. L'organisation en réseaux

En 2016, la quasi-totalité des maternités (99 %) déclarent appartenir à un réseau de santé en périnatalité formalisé (Tableaux 91 à 94), incluant le service départemental de Protection maternelle et infantile (PMI) et des professionnels libéraux (mentionnés par 90 % des maternités), mais moins souvent des représentants des usagers (48 %). Ces résultats sont très proches de ceux observés en 2010.

Les réseaux mettent à disposition des maternités de nombreux outils : des formations et des protocoles de prise en charge (respectivement pour 86 % et 83 % des maternités, Tableaux 95 à 96), des outils pour faciliter les collaborations interprofessionnelles et la coordination des soins entre les maternités et avec les soins de ville. Un répertoire des professionnels de santé est notamment utilisé dans deux maternités enquêtées sur trois. Toutefois, seules 22 % des maternités indiquent utiliser un dossier médical commun aux maternités du réseau.

La régionalisation des soins en périnatalité, avec une offre graduée, inclut l'organisation des transferts entre les maternités pour permettre à toutes les femmes et à tous les nouveau-nés l'accès à un plateau technique adapté à leur niveau de risque. C'est l'une des missions des réseaux. Pour les nouveau-nés les plus à risque (grands prématurés par exemple), il est recommandé dans la mesure du possible d'organiser le transfert de la mère vers une maternité de type III avant la naissance (transfert in utero). En 2016, les transferts sont organisés par une cellule d'orientation périnatale pour 63 % des maternités (Tableaux 97 à 100).

La distance médiane déclarée par les maternités de types I, IIA, IIB pour les transferts vers une maternité de type III est de 45 km en métropole, sans changement par rapport à 2010 (Tableaux 97 à 100). Ces données

sont cohérentes avec les temps de trajets calculés avec le distancier Metric. Pour la métropole, le temps de trajet médian pour ces transferts est de 39 minutes en heures creuses (46 minutes en heures pleines) et de plus de 77 minutes en heures creuses (87 minutes en heures pleines) pour 10 % des maternités. Il existe des différences régionales dans ces résultats, l'Ile-de-France se caractérisant par des délais nettement plus courts que les autres régions, de 18 minutes en heures creuses (27 minutes en heures pleines) et pour 10 % des maternités, d'au moins 44 minutes en heures creuses (et au moins 51 minutes en heures pleines) respectivement.

2. Équipements, personnels et sécurité des soins

2.1. Les locaux

L'amélioration de l'infrastructure des maternités, relevée entre 2003 et 2010, s'est poursuivie en 2016. Ainsi, 75 % des blocs obstétricaux sont soit situés directement dans le secteur naissance soit contigus à celui-ci, contre 66 % en 2010. Pour les maternités de type III, ces chiffres sont de 94 % en 2010 et 100 % en 2016. (Tableaux 101 à 104). Pour les maternités de type IIB l'évolution est particulièrement nette avec un taux passé de72 % en 2010 à 86% en 2016.

En 2016, 48 % des maternités déclarent la présence sur leur site d'une unité de réanimation adulte. Ce taux atteint 88 % pour les maternités de type IIB ou III (tableaux 101 à 104). Les 16 maternités de types IIB ou III qui n'ont pas ce type d'unité sur place disposent dans 11 cas d'une unité de surveillance continue. Seules 5 maternités ne déclarent ni unité de réanimation adulte ni unité de surveillance continue sur le même site, mais mentionnent toutes l'existence d'une salle de réveil ouverte 24 h/24.

Par ailleurs, 97 % des maternités, (93 % en 2010) disposent sur leur site d'une salle de réveil ouverte 24h sur 24 ou d'une unité de surveillance continue.

Dix-sept maternités déclarent n'avoir ni salle de réveil 24h/24, ni unité de surveillance continue ni service de réanimation adulte : il s'agit alors essentiellement d'établissements de type I, du secteur privé lucratif dans plus de la moitié des cas.

Le nombre de salles de travail par maternité respecte le seuil minimal (fonction du nombre d'accouchements) prévu par la règlementation, pour 99 % des établissements (Tableaux 105 à 108). Les maternités qui font exception (1 %) sont toutes des maternités de grande taille réalisant entre 2 000 et 3 500 accouchements dont les locaux n'ont probablement pas pu être adaptés à une augmentation rapide de leur activité. En moyenne, les maternités disposent de 4 salles de travail.

2.2. La disponibilité des produits sanguins en urgence

En France, l'hémorragie reste la première cause de morbi-mortalité maternelle, et de nombreuses actions ont été menées pour en diminuer la fréquence et en améliorer la prise en charge. En 2016, des questions spécifiques ont été posées concernant la prise en charge et la surveillance du risque hémorragique. Les équipements sont liés à la fois au type et au volume d'activité des établissements : 80 % des maternités de type I et jusqu'à 97 % de celles de type III, 71 % des maternités de moins de 500 accouchements par an et jusqu'à 98 % pour celles de plus de 2 000 accouchements par an déclarent disposent en salle de naissance d'un moyen de surveillance de l'hémoglobine au lit de la patiente (Tableaux 109 à 112).

Les maternités déclarent qu'un site ou dépôt de délivrance de produits sanguins labiles se trouve sur le site de la maternité dans 74 % des cas (et jusqu'à 90 % en type III). En l'absence de site ou de dépôt de délivrance, 77 % des maternités ont un dépôt d'urgence sur le site, accessible en moins de 5 minutes dans 97 % des cas. Lorsqu'il n'y a pas non plus de dépôt d'urgence (6 % des maternités), le délai déclaré d'obtention de culots globulaires demandés en urgence vitale est toujours inférieur à 30 minutes (Tableaux 109 à 112).

2.3. Le personnel et l'organisation des gardes

La permanence sur site des personnels médicaux est réglementairement liée à la taille des maternités (*cf.* encadré réglementaire). Les évolutions décrites ci-dessous sont donc pour une grande part liées à l'évolution des tailles des maternités.

Les gynécologues-obstétriciens sont présents en permanence dans 61 % des établissements contre 54 % en 2010 et 39 % en 2003. Cette proportion est de 100 % dans les maternités de type III comme en 2010. Elle continue de progresser parmi celles de type IIB, passant de 79 % en 2010 à 90 % en 2016. L'augmentation est plus lente pour les autres maternités (31 % en type I et 71 % en type IIA en 2016 contre respectivement 28 % et 69 % en 2010, tableaux 113 à 116). La part des établissements n'ayant pas toujours un gynécologue-obstétricien sur place pendant les jours de semaine est de 5 % en 2016 (9 % en type I).

De même la présence en permanence d'un anesthésiste-réanimateur dans la maternité ou l'établissement a augmenté de 75 % à 81 % entre 2010 et 2016 (Tableaux 113 à 116). La proportion de maternités sans présence systématique d'un pédiatre, même en journée, a diminué de 23 % en 2010 à 17 % en 2016.

Le nombre moyen de sages-femmes dans le secteur naissance en journée a diminué dans les maternités de moins de 1 500 accouchements par an (de 1,7 en 2010 à 1,4 en 2016 en journée, tableaux 117 à 120). Il augmente dans les maternités de plus de 2 000 accouchements par an (de 3,4 en 2010 à 3,8 en 2016), en lien avec l'augmentation du volume d'accouchements de ces maternités. Dans les questionnaires adressés

aux patientes, 87 % des femmes ayant accouché par voie basse non instrumentale ont précisé qu'une sage-femme avait réalisé leur accouchement (95 % en secteur public et 57 % en secteur privé).

L'effectif moyen d'aides-soignantes et/ou auxiliaires de puériculture présent dans le secteur naissance en journée varie de 1,0 pour les maternités de moins de 1 000 accouchements par an et de 3,6 pour les maternités de 3 500 accouchements et plus en 2016.

Les conventions entre les établissements et une ou des sages-femmes libérales pour l'accès au plateau technique pour réaliser des accouchements sont aujourd'hui marginales : seules 12 % des maternités rapportent l'existence d'une telle convention.

2.4. Les pratiques de surveillance fœtale

Des examens de seconde ligne en cas d'anomalie du rythme cardiaque fœtal sont réalisés *in utero* dans près d'une maternité sur deux (lactates au scalp seuls dans 22 % des cas, associés aux pH dans 16 % des cas, pH seul dans 8 % des cas, tableaux 121 à 124). D'autres protocoles sont cités de façon moins fréquente ; l'utilisation du STAN demeure peu fréquente, rapportée par 5 % des maternités, essentiellement celles de type III (13 %).

La mesure du pH sur le sang du cordon au moment de la naissance est systématiquement réalisée dans 9 maternités sur 10 et selon les circonstances dans 5 % des maternités, contre respectivement 64 % et 18 % des maternités pour la mesure des lactates (Tableaux 121 à 124).

2.5. Formation continue et évaluation des pratiques professionnelles

Conformément aux recommandations de la HAS (2014), les équipes obstétricales se sont formées aux situations d'urgence en équipe, sous forme de simulations ou de jeux de rôle, dans 58 % des maternités au cours des 12 mois précédant l'enquête (Tableaux 125 à 126). Par ailleurs, l'évaluation des pratiques professionnelles est plus fréquente dans les maternités de grande taille. L'organisation de revues de morbi-mortalité pluridisciplinaires est rapportée par 86 % des maternités de moins de 500 accouchements par an contre toutes les maternités de plus de 3 500 accouchements, tandis que 50 % des maternités de moins de 500 accouchements contre 81 % des maternités de plus de 3 500 accouchements rapportent évaluer régulièrement des pratiques ciblées au cours de réunions spécifiques (par exemple, concernant la pratique des césariennes avant travail).

3. Parcours de soins et qualité des soins

3.1. Suivi prénatal

Des consultations prénatales sont réalisées par des sages-femmes de la maternité dans 96 % des maternités en 2016, contre 82 % en 2010 (Tableaux 127 à 130). Les consultations les plus souvent citées par les maternités sont des consultations de suivi de grossesse et de surveillance rapprochée ; les sages-femmes réalisent aussi des consultations dans des domaines diversifiés, notamment tabacologie, acupuncture, échographie et allaitement. Les consultations de suivi de grossesse sont réalisées par les sages-femmes de la maternité dans 96 % des maternités publiques et 19 % des maternités privées. Par contre, des consultations de surveillance rapprochées sont réalisées par les sages-femmes de la maternité dans la quasi-totalité des maternités (96 %) indépendamment du statut de l'établissement.

L'entretien prénatal, proposé dans 85 % des établissements, mobilise essentiellement des sages-femmes de la maternité : elles sont les seules à réaliser les entretiens dans 81 % des maternités et le font avec d'autres praticiens dans 7 % des maternités. Les sages-femmes extérieures interviennent dans 15 % des maternités et que le gynécologue-obstétricien n'est impliqué que dans 4 % des cas. La grande majorité des maternités (9 sur 10) organisent également des séances de préparation à la naissance et à la parentalité, réalisées essentiellement par les sages-femmes salariées de l'établissement, mais aussi parfois par des sages-femmes extérieures (surtout dans les maternités de type I ou les très grandes maternités, tableaux 131 à 134).

3.2. Manque de places et refus d'inscription

Un système d'inscription en cours de grossesse, pour l'accouchement, est en place dans 86 % des maternités du secteur privé et 59 % des maternités publiques.

Les refus d'inscription des femmes à bas risque dont le domicile est éloigné de la maternité sont rares : seules 30 maternités sont concernées, uniquement en métropole, dont 6 refusent systématiquement ce type d'inscription (Tableaux 97 à 100). Ces 30 maternités sont publiques, situées pour les deux tiers d'entre elles en Île-de-France, réalisant plus de 2 000 accouchements par an dans 87 % des cas et de type III dans un tiers des cas.

Les difficultés d'accueil par manque de place sont également peu fréquents (Tableaux 97 à 100). En 2016, en métropole, 83 % des maternités ne rencontrent jamais cette difficulté alors que 2 % y sont souvent confrontées ; en 2010 elles étaient respectivement 73 % et 7 %. Les 8 maternités qui sont souvent confrontées à un manque de place sont publiques, de grande taille et le plus souvent de type III (6 sur 8).

Au total, en métropole, 29 % des maternités de type III disent devoir refuser parfois ou souvent des femmes par manque de place versus 47 % en 2010. Dans les DROM, parmi les 7 maternités de type III, 4 d'entre elles mentionnent ces difficultés qui se produisent « souvent » pour 2 d'entre elles (en Guyane et à Mayotte).

3.3. Accueil des populations vulnérables

Une maternité sur six déclare accueillir au moins une fois par mois des femmes sans hébergement à la sortie de la maternité (Tableaux 135 à 138) : 21 % des établissements publics sont concernés, dont 74 % des CHU, contre 4 % des établissements à but lucratif. Les 12 établissements qui rapportent être confrontés à cette situation au moins une fois par semaine sont publics, ont tous une activité supérieure à 2 000 accouchements par an et sont en quasi-totalité (11 sur 12) situés en Ile-de-France.

La lutte contre l'exclusion sociale fait partie des missions de service public hospitalier instaurées par la loi HPST de 2009.

Les permanences d'accès aux soins de santé (PASS) sont des dispositifs opérationnels créés par la loi du 29 juillet 1998 d'orientation relative à la lutte contre les exclusions. Elles visent à faciliter l'accès des personnes en situation de précarité au système hospitalier, aux réseaux institutionnels ou associatifs de soins, d'accueil et d'accompagnement social. Il s'agit de leur rendre l'accès au système de santé plus aisé et de les accompagner dans leurs démarches.

En 2016, 92 % des établissements publics, 78 % des ESPIC et 60 % des établissements privés à but lucratif déclarent avoir une PASS ou d'autres dispositifs spécifiques dans l'établissement pour faciliter la prise en charge des femmes enceintes en situation de précarité ou de vulnérabilité. Ces dispositifs sont plus fréquents dans les maternités de grande taille : on les retrouve dans 96 % des maternités de plus de 3 500 accouchements par an, contre 70 % pour les maternités de moins de 500 accouchements par an (Tableaux 139 à 142).

Une PASS est présente dans 73 % des établissements publics, 26 % des ESPIC et 10 % des établissements privés à but lucratif. Parmi les maternités avec une PASS dans l'établissement, 60 % y ont systématiquement recours pour les femmes concernées. Des réunions de concertation pluridisciplinaires (RCP) dédiées à la prise en charge de ces femmes, mises en place un peu plus fréquemment en l'absence de recours systématique au PASS, sont organisées par 36 % des établissements publics, 46 % des ESPIC et 25 % des établissements à but lucratif. Enfin, 12 % des établissements mentionnent le recours aux services de PMI en dehors des RCP.

Plus de 90 % des maternités ont également la possibilité de recourir à une assistante de service social (Tableaux 143 à 146). Celle-ci peut être spécifiquement dédiée au service, comme cela est souvent le cas dans les maternités de type III, ou présente pour l'ensemble de l'établissement.

Les équipements pour assurer le suivi prénatal, l'accouchement et l'hospitalisation des femmes à mobilité réduite, comprenant au minimum une chambre spécialement aménagée, sont d'autant plus fréquents que la taille de la maternité est importante : 44 % des maternités avec moins de 500 accouchements par an déclarent être équipées contre 92 % des maternités de plus de 3 500 accouchements par an (Tableaux 101 à 104).

3.4. Prise en charge de la douleur et réhabilitation post-césarienne

La disponibilité de l'analgésie péridurale autocontrôlée (PCEA) déclarée par les maternités progresse de 58 % en 2010 à 69 % en 2016 (Tableaux 109 à 112). Elle augmente avec la taille et le type d'autorisation de la maternité. Elle est disponible dans 40 % des maternités de moins de 500 accouchements et dans 96 % des maternités de plus de 3 500 accouchements. Parmi les établissements équipés pour la PCEA, 71 % déclarent détenir un nombre suffisant de pompes pour couvrir l'ensemble des salles de naissance. La possibilité de déambuler sous péridurale reste peu fréquente ; elle est offerte dans 9 % des établissements, sans évolution depuis 2010 (Tableaux 109 à 112).

Dans plus de la moitié des maternités (65 % en 2016 contre 60 % en 2010), il n'existe pas de protocole unique d'analgésie-anesthésie et celui-ci varie en fonction des pratiques de l'anesthésiste de garde[13]. L'uniformité des pratiques augmente avec la taille de la maternité : elles sont homogènes dans 19 % dans les maternités de moins de 500 accouchements et dans 67 % de celles de 3 500 accouchements ou plus par an. L'influence du secteur, public ou privé, apparaît pour les maternités de 1 500 accouchements ou plus par an, pour lesquelles on observe un taux de 30 % de maternités avec un protocole unique d'analgésie-anesthésie dans le secteur privé et de 57 % dans le secteur public. Les taux les plus élevés de protocole unique d'analgésie-anesthésie sont observés dans les centres hospitaliers universitaires (CHU, 70 %), ce qui peut s'expliquer par la nécessité de coordonner un plus grand nombre d'acteurs et par les objectifs de formation.

La lutte contre la douleur fait partie du concept de « réhabilitation précoce » post-césarienne, qui a également pour objectifs d'améliorer l'évolution fonctionnelle des femmes opérées et de réduire la morbidité post-opératoire. Il consiste notamment en un lever et une mobilisation précoce de la femme,

[13] La mise en place d'un protocole unique au sein des équipes est un facteur d'amélioration de la qualité des prises en charge recommandé par la Société française d'anesthésie-réanimation (SFAR).

ainsi qu'à l'ablation rapide de la voie veineuse périphérique ou de la sonde vésicale, et une reprise précoce de l'alimentation et des boissons. Un tel programme est présent dans 58 % des maternités de type I et dans 85 % des maternités de type III (Tableaux 121 à 124).

3.5. Proximité mère-enfant à la maternité

Parallèlement à l'expérimentation des maisons de naissance et dans l'optique d'une moindre médicalisation des accouchements, 40 % des maternités déclarent disposer d'un espace ou salle dédié distinct des salles de naissances classiques, où peuvent être réalisés les accouchements moins médicalisés (Tableaux 105 à 108).

En 2016, 30 % des maternités disposent d'une unité kangourou. Dans les maternités de type III, cette proportion a progressé, de 52 % en 2010 à 72 % en 2016.

3.6. Les dépistages néonatals

Un programme de dépistage néonatal de la surdité a été mis en place en 2012, alors que seule une maternité sur deux déclarait effectuer systématiquement ce dépistage en 2010 (Tableaux 147 à 150). En 2016, seules deux maternités déclarent ne pas pratiquer le dépistage. Dans l'enquête nationale périnatale 2016, des questions détaillées permettent de constater que la méthode par oto-émissions-acoustiques (OEA) puis re-test par la même méthode est la plus répandue, surtout en maternités de type I (50 % des cas), alors que les maternités de type III ont davantage recours à un protocole combinant un dépistage par OEA suivi d'un re-test par potentiels évoqués auditifs automatiques (PEAA) (43 % des cas).

Plus d'une maternité sur deux déclare qu'une procédure de rattrapage est organisée pour que les nouveau-nés n'ayant pu bénéficier du test à la naissance reviennent dans le service après leur retour à domicile (Tableaux 147 à 150).

Le dépistage néonatal sanguin systématique, qui cible cinq pathologies (la phénylcétonurie, l'hypothyroïdie congénitale, l'hyperplasie congénitale de surrénales, la mucoviscidose et la drépanocytose), est réalisé au deuxième ou au troisième jour de vie. Cependant, en raison de la diminution de la durée du séjour après l'accouchement, certains nouveau-nés quittent la maternité avant la réalisation de ce dépistage. Dans cette situation, les établissements déclarent organiser un rattrapage soit systématiquement par un retour à la maternité (25 % des établissements) ou par une sage-femme libérale à domicile (26 % des établissements) soit en proposant l'un ou l'autre de ces deux modes d'organisation (42 % des établissements). D'autres modes d'organisation sont également mis en place pour 8 % des établissements (consultation en pédiatrie, intervention à domicile d'autres professionnels...).

3.7. L'organisation de la sortie et la prise en charge au domicile

La Haute autorité de santé (HAS) a publié en 2014 des recommandations concernant les conditions et l'organisation du retour à domicile des mères et de leurs nouveau-nés. Conformément à ces recommandations, 94 % des maternités déclarent informer les femmes pendant leur grossesse des modalités de sortie organisées par l'établissement après l'accouchement (Tableaux 135 à 138). Cependant, alors que la HAS préconise une information à la fois écrite et orale, seul un tiers des maternités le font, les autres ne délivrant qu'une information orale ou écrite aux femmes.

Le recours aux fiches de liaison maternité/ville, outils destinés à informer les professionnels libéraux sur la prise en charge du couple mère/enfant dans la maternité, était également recommandé par la HAS au moment de l'enquête (il a été rendu obligatoire à partir du 1er janvier 2017 par le décret 2016-995 du 20 juillet 2016). Au moment de l'enquête, 69 % des établissements publics, 54 % des ESPIC et 46 % des maternités privées à but lucratif déclarent remettre systématiquement aux femmes une fiche de liaison lors de leur sortie de la maternité.

La remise systématique d'une fiche de liaison est plus fréquente dans les maternités de type III (78 %, tableaux 135 à 138) que dans les autres établissements (60 %). En cas de recours systématique aux fiches de liaisons, les coordonnées d'un professionnel de la maternité pouvant être contacté par le professionnel de ville y sont mentionnées pour deux établissements sur trois.

L'organisation de la sortie après l'accouchement a été marquée ces dernières années par une implication importante de l'assurance maladie, à travers la mise en place et la généralisation du Programme d'accompagnement du retour à domicile (PRADO). Le PRADO a été initié en 2010 et a pour objectif de permettre un retour à domicile plus rapide après une hospitalisation sans complication. En obstétrique, l'intervention d'un conseiller de l'assurance maladie pendant l'hospitalisation permet aux femmes avec un nouveau-né unique d'organiser le retour à domicile et de proposer un suivi par une sage-femme libérale.

Alors que 8 % des maternités déclaraient proposer à la plupart des femmes une visite à domicile par une sage-femme libérale à la sortie de suite de couches en 2010 (Tableaux 151 à 154), elles sont 79 % à le faire dans le cadre du PRADO et 13 % en dehors du cadre du PRADO en 2016 lorsque la mère et le bébé « vont bien ». La part des maternités qui proposent à la plupart des femmes un accompagnement à la sortie par une sage-femme de PMI a, quant à elle, légèrement progressé, de 4 % en 2010 à 7 % en 2016.

Tableau 83. Effectifs des maternités par statut et par taille selon le type d'autorisation des maternités en 2016

	Type d'autorisation				Total
	I	IIA	IIB	III	
Statut des établissements enquêtés					
CHR / CHU	2	4	5	36	47
CH	109	87	67	24	287
ESPIC	18	6	4	0	28
Privé à but lucratif	81	43	6	0	130
répondants	*210*	*140*	*82*	*60*	*492*
Nombre d'accouchements annuel*					
<500	58	0	0	0	58
500 à 999	99	41	6	0	146
1000 à 1499	38	41	19	0	98
1500 à 1999	10	26	23	6	65
2000 à 3499	5	29	32	32	98
≥3500	0	3	2	22	27
répondants	*210*	*140*	*82*	*60*	*492*
Statut des établissements (complété par SAE)**					
CHR / CHU	2	4	5	36	47
CH	109	87	67	24	287
ESPIC	18	6	4	0	28
Privé à but lucratif	85	44	6	0	135
total	*214*	*141*	*82*	*60*	*497*
Nombre d'accouchements annuel* (complété par la SAE)**					
<500	58	0	0	0	58
500 à 999	101	41	6	0	148
1000 à 1499	39	41	19	0	99
1500 à 1999	11	26	23	6	66
2000 à 3499	5	30	32	32	99
≥3500	0	3	2	22	27
total	*214*	*141*	*82*	*60*	*497*

*Volume d'activité mesuré en 2015.

**Les données relatives aux 5 établissements n'ayant pas renvoyé leur questionnaire établissement ont été issues de la SAE 2015.

Champ : France métropolitaine.

Sources : Enquête nationale périnatale 2016 (questionnaire établissements), SAE 2015.

Tableau 84 . Effectifs des maternités par statut et par taille selon le type d'autorisation des maternités en 2010*

	Type d'autorisation				Total
	I	IIA	IIB	III	
Statut des établissements enquêtés					
CHR / CHU	1	5	6	37	49
CH	129	70	72	24	295
Privé PSPH	25	7	3	1	36
Privé à but lucratif	103	37	5	0	145
répondants	*258*	*119*	*86*	*62*	*525*
Nombre d'accouchements annuel					
< 500	50	0	0	0	50
500-999	121	19	9	0	149
1 000-1 499	58	44	22	4	128
1 500-1 999	22	20	18	3	63
≥ 2 000	7	36	37	55	135
répondants	*258*	*119*	*86*	*62*	*525*
Statut des établissements (complété par SAE)**					
CHR / CHU	1	5	6	37	49
CH	130	72	73	24	299
Privé PSPH	29	8	4	1	42
Privé à but lucratif	103	37	5	0	145
total	*263*	*122*	*88*	*62*	*535*
Nombre d'accouchements annuel (complété par la SAE)**					
< 500	50	0	0	0	50
500-999	126	20	9	0	155
1 000-1 499	58	45	22	4	129
1 500-1 999	22	20	19	3	64
≥ 2 000	7	37	38	55	137
total	*263*	*122*	*88*	*62*	*535*

*1 centre périnatal de proximité (CPPR) a été enquêté car une naissance y a eu lieu pendant la durée de l'enquête. Il est classé parmi les maternités de niveau 1.

**Les réponses des 10 établissements n'ayant pas participé au questionnaire établissement ont été issues de la SAE 2009.

Champ : France métropolitaine.

Sources : Enquête nationale périnatale 2010 (questionnaire établissements), SAE 2009.

Tableau 85. Effectifs des maternités par statut et par type d'autorisation selon la taille des maternités en 2016

	Nombre d'accouchements par an*						Total
	<500	500 à 999	1000 à 1499	1500 à 1999	2000 à 3499	≥3500	
Statut des établissements enquêtés							
CHR / CHU	1	0	1	2	29	14	47
CH	43	96	64	35	40	9	287
ESPIC	2	5	3	7	10	1	28
Privé à but lucratif	12	45	30	21	19	3	130
répondants	*58*	*146*	*98*	*65*	*98*	*27*	*492*
Type d'autorisation							
I	58	99	38	10	5	0	210
IIA	0	41	41	26	29	3	140
IIB	0	6	19	23	32	2	82
III	0	0	0	6	32	22	60
répondants	*58*	*146*	*98*	*65*	*98*	*27*	*492*
Statut des établissements (complété par SAE)**							
CHR / CHU	1	0	1	2	29	14	47
CH	43	96	64	35	40	9	287
ESPIC	2	5	3	7	10	1	28
Privé à but lucratif	12	47	31	22	20	3	135
total	*58*	*148*	*99*	*66*	*99*	*27*	*497*
Type d'autorisation (complété par la SAE)**							
I	58	101	40	10	5	0	214
IIA	0	41	41	26	30	3	141
IIB	0	6	19	23	32	2	82
III	0	0	0	6	32	22	60
total	*58*	*148*	*100*	*65*	*99*	*27*	*497*

*Volume d'activité mesuré en 2015.

**Les données relatives aux 5 établissements n'ayant pas renvoyé leur questionnaire établissement ont été issues de la SAE 2015.

Champ : France métropolitaine.

Sources : Enquête nationale périnatale 2016 (questionnaire établissements), SAE 2015.

Tableau 86. Effectifs des maternités par statut et par type d'autorisation selon la taille des maternités en 2010*

	Nombre d'accouchements par an					Total
	<500	500 à 999	1000 à 1499	1500 à 1999	≥2000	
Statut des établissements enquêtés						
CHR / CHU	0	0	1	3	45	49
CH	36	103	76	32	48	295
Privé PSPH	4	7	8	6	12	37
Privé à but lucratif	11	39	43	22	30	145
répondants	*51*	*149*	*128*	*63*	*135*	*526*
Type d'autorisation						
I	51	121	58	22	7	259
IIA	0	19	44	20	36	119
IIB	0	9	22	18	37	86
III	0	0	4	3	55	62
répondants	*51*	*149*	*128*	*63*	*135*	*526*
Statut des établissements (complété par SAE)**						
CHR / CHU	0	0	1	3	45	49
CH	36	105	77	33	48	299
Privé PSPH	5	10	8	6	14	43
Privé à but lucratif	11	39	43	22	30	145
total	*52*	*154*	*129*	*64*	*137*	*536*
Type d'autorisation (complété par la SAE)**						
I	52	124	58	22	7	263
IIA	0	21	45	21	39	126
IIB	0	9	22	18	37	86
III	0	0	4	3	55	62
total	*52*	*154*	*129*	*64*	*137*	*536*

*1 centre périnatal de proximité (CPPR) a été enquêté car une naissance y a eu lieu pendant la durée de l'enquête. Il est classé parmi les maternités de niveau 1.

**Les réponses des 10 établissements n'ayant pas renvoyé leur questionnaire établissement ont été issues de la SAE 2009.

Champ : France métropolitaine.

Sources : Enquête nationale périnatale 2010 (questionnaire établissements), SAE 2009.

► **Tableau 87. Nombre d'établissements enquêtés selon la région et le type d'autorisation des maternités en 2016**

	Type d'autorisation				Total
	I	IIA	IIB	III	
Répartition des établissements selon la région et le type d'autorisation*					
Guadeloupe	2	0	0	2	4
Martinique	3	0	0	1	4
Guyane	1	1	1	1	4
La Réunion	1	3	1	2	7
Mayotte	0	0	0	1	1
DROM	**7**	**4**	**2**	**7**	**20**
Île-de-France	25	26	17	15	83
Centre-Val de Loire	11	4	4	2	21
Bourgogne-Franche-Comté	7	6	7	2	22
Normandie	10	8	3	4	25
Hauts de France	21	14	9	7	51
Grand Est	21	12	10	5	48
Pays de la Loire	10	6	4	3	23
Bretagne	8	9	2	4	23
Nouvelle Aquitaine	27	8	8	5	48
Occitanie	22	17	3	4	46
Auvergne-Rhône-Alpes	27	21	7	6	61
Provence-Alpes-Côte d'Azur	19	9	6	3	37
Corse	2	0	2	0	4
France métropolitaine	**210**	**140**	**82**	**60**	**492**
France entière	**217**	**144**	**84**	**67**	**512**

* Les 5 établissements non-répondants se répartissent de la manière suivante : deux en Ile-de-France, un en Nouvelle-Aquitaine et deux en Provence-Alpes-Côte d'Azur.
Champ : France entière.

Source : Enquête nationale périnatale 2016, questionnaire établissements.

Tableau 88. Nombre d'établissements enquêtés selon la région et le type d'autorisation des maternités en 2010

	Type d'autorisation				Total
	I	IIA	IIB	III	
Répartition des établissements selon la région et le type d'autorisation					
Guadeloupe	3	0	0	2	5
Martinique*	0	0	0	0	0
Guyane	1	0	2	1	4
La Réunion	2	3	1	2	8
DROM	**6**	**3**	**3**	**5**	**17**
ILE DE FRANCE	38	26	18	15	97
CHAMPAGNE ARDENNE	6	4	3	2	15
PICARDIE	8	2	6	2	18
HAUTE NORMANDIE	7	3	1	2	13
CENTRE	12	6	2	2	22
BASSE NORMANDIE	7	3	2	3	15
BOURGOGNE	6	1	4	1	12
NORD PAS DE CALAIS	16	9	3	6	34
LORRAINE	12	1	6	1	20
ALSACE	8	4	2	2	16
FRANCHE COMTE	3	4	2	1	10
PAYS DE LOIRE	11	5	5	3	24
BRETAGNE	9	8	3	4	24
POITOU CHARENTES	6	3	4	1	14
AQUITAINE	19	2	4	3	28
MIDI PYRENEES	16	7	3	1	27
LIMOUSIN	6	1	0	1	8
RHONE ALPES	28	13	6	5	52
AUVERGNE	3	4	2	1	10
LANGUEDOC ROUSSILLON	11	6	1	3	21
PROVENCE ALPES COTE D'AZUR	24	7	7	3	41
CORSE	2	0	2	0	4
France métropolitaine	**258**	**119**	**86**	**62**	**526**
France entière	**264**	**122**	**89**	**67**	**543**

Note : Deux CPPR classés parmi les maternités de niveau 1.

* Refus de participation en Martinique.

Champ : France entière.

Source : Enquête nationale périnatale 2010, questionnaire établissements.

Tableau 89. Nombre d'établissements enquêtés selon la région et la taille des maternités en 2016

	Nombre d'accouchements par an						Total
	<500	500 à 999	1000 à 1499	1500 à 1999	2000 à 3499	≥3500	
Répartition des établissements selon la région et la taille de la maternité*							
Guadeloupe	0	2	1	0	1	0	4
Martinique	1	2	0	0	1	0	4
Guyane	1	1	0	0	2	0	4
La Réunion	0	0	2	3	1	1	7
Mayotte	0	0	0	0	0	1	1
DROM	**2**	**5**	**3**	**3**	**5**	**2**	**20**
Île-de-France	2	17	13	9	33	9	83
Centre-Val de Loire	6	6	3	2	2	2	21
Bourgogne-Franche-Comté	4	5	4	6	3	0	22
Normandie	3	9	4	3	6	0	25
Hauts de France	3	16	15	6	9	2	51
Grand Est	8	17	7	8	8	0	48
Pays de la Loire	0	10	3	3	3	4	23
Bretagne	1	11	2	1	7	1	23
Nouvelle Aquitaine	10	15	10	7	5	1	48
Occitanie	9	16	9	4	5	3	46
Auvergne-Rhône-Alpes	6	14	17	11	9	4	61
Provence-Alpes-Côte d Azur	5	8	10	5	8	1	37
Corse	1	2	1	0	0	0	4
France métropolitaine	**58**	**146**	**98**	**65**	**98**	**27**	**492**
France entière	**60**	**151**	**101**	**68**	**103**	**29**	**512**

* Les 5 établissements non-répondants se répartissent de la manière suivante : deux en Île-de-France, un en Nouvelle-Aquitaine et deux en Provence-Alpes-Côte d'Azur.
Champ : France entière.

Source : Enquête nationale périnatale 2016, questionnaire établissements.

Tableau 90. Nombre d'établissements enquêtés selon la région et la taille des maternités en 2010

	Nombre d'accouchements par an					Total
	<500	500 à 999	1000 à 1499	1500 à 1999	≥2000	
Guadeloupe	1	2	0	1	1	5
Martinique	0	0	0	0	0	0
Guyane	1	1	0	0	2	4
La Réunion	0	1	3	1	3	8
DROM	**2**	**4**	**3**	**2**	**6**	**17**
ILE DE FRANCE	2	17	24	9	45	97
CHAMPAGNE ARDENNE	3	6	1	3	2	15
PICARDIE	1	6	6	2	3	18
HAUTE NORMANDIE	0	6	1	1	5	13
CENTRE	6	6	3	3	4	22
BASSE NORMANDIE	0	9	3	0	3	15
BOURGOGNE	2	4	2	2	2	12
NORD PAS DE CALAIS	1	3	13	8	9	34
LORRAINE	2	11	1	1	5	20
ALSACE	3	4	3	1	5	16
FRANCHE COMTE	1	1	4	1	3	10
PAYS DE LOIRE	0	8	4	3	9	24
BRETAGNE	1	9	5	2	7	24
POITOU CHARENTES	1	4	6	2	1	14
AQUITAINE	7	6	8	4	3	28
MIDI PYRENEES	6	11	6	0	4	27
LIMOUSIN	2	4	1	0	1	8
RHONE ALPES	5	12	17	10	9	53
AUVERGNE	2	1	5	0	2	10
LANGUEDOC ROUSSILLON	2	8	3	4	4	21
PROVENCE ALPES COTE D'AZUR	3	12	10	7	9	41
CORSE	1	1	2	0	0	4
France métropolitaine	**51**	**149**	**128**	**63**	**135**	**526**
France entière	**53**	**153**	**131**	**65**	**141**	**543**

* Refus de participation en Martinique.
Champ : France entière.

Source : Enquête nationale périnatale 2010, questionnaire établissements.

Tableau 91. Fonctionnement en réseau selon le type d'autorisation des maternités en 2016

	Type d'autorisation				Total
	I	IIA	IIB	III	
Membre d'un réseau de santé formalisé en périnatalité					
non	1%	1%	0%	0%	1%
réseau régional ou de plus petite échelle	59%	67%	62%	66%	63%
réseau de proximité	7%	8%	7%	7%	7%
les deux types de réseau	33%	24%	31%	27%	29%
répondants	*210*	*140*	*82*	*60*	*492*
Si membre d'un réseau périnatal :					
réseau incluant les services de PMI*					
non	9%	15%	10%	5%	10%
oui, réseau régional	56%	57%	62%	75%	60%
oui, réseau de proximité	45%	38%	41%	35%	41%
répondants	*205*	*136*	*82*	*60*	*483*
réseau incluant des professionnels libéraux*					
non	11%	13%	9%	0%	10%
oui, réseau régional	62%	64%	63%	83%	66%
oui, réseau de proximité	39%	31%	38%	33%	36%
répondants	*206*	*138*	*82*	*60*	*486*
réseau incluant des représentants des usagers*					
non	55%	54%	49%	38%	52%
oui, réseau régional	36%	39%	41%	55%	40%
oui, réseau de proximité	10%	8%	12%	14%	10%
répondants	*198*	*127*	*75*	*56*	*456*

*Plusieurs réponses possibles

Lecture : 24 % des maternités de type IIA déclarent être à la fois membre d'un réseau de proximité et membre d'un réseau inter-établissement régional ou de plus petite échelle.

Champ : France métropolitaine.

Source : Enquête nationale périnatale 2016, questionnaire établissements.

► **Tableau 92. Fonctionnement en réseau selon le type d'autorisation des maternités en 2010**

	Type d'autorisation				Total
	I	IIA	IIB	III	
Membre d'un réseau de santé formalisé en périnatalité					
non	1%	2%	1%	3%	1%
réseau régional ou de plus petite échelle	75%	75%	58%	73%	72%
réseau de proximité	6%	8%	6%	2%	6%
les deux types de réseau	18%	15%	35%	22%	21%
répondants	*258*	*118*	*85*	*60*	*521*
Si membre d'un réseau périnatal :					
réseau incluant les services de PMI					
oui	80%	86%	80%	89%	83%
répondants	*249*	*114*	*80*	*57*	*500*
réseau incluant des professionnels libéraux					
oui	76%	88%	85%	93%	82%
répondants	*250*	*113*	*80*	*57*	*500*
réseau incluant des représentants des usagers					
oui	48%	58%	38%	65%	51%
répondants	*237*	*104*	*74*	*55*	*470*

Lecture : 15 % des maternités de type IIA déclarent être à la fois membre d'un réseau de proximité et membre d'un réseau inter-établissement régional ou de plus petite échelle.

Champ : France métropolitaine.

Source : Enquête nationale périnatale 2010, questionnaire établissements.

Tableau 93. Fonctionnement en réseau selon la taille des maternités en 2016

	Nombre d'accouchements par an						Total
	< 500	500 à 999	1000 à 1499	1500 à 1999	2000 à 3499	≥ 3500	
Membre d'un réseau de santé formalisé en périnatalité							
non	2%	1%	1%	0%	0%	0%	1%
réseau régional ou de plus petite échelle	58%	58%	66%	63%	62%	81%	63%
réseau de proximité	0%	7%	10%	9%	9%	0%	7%
les deux types de réseau	40%	34%	23%	28%	29%	19%	29%
répondants	*58*	*146*	*98*	*65*	*98*	*27*	*492*
Si membre d'un réseau périnatal :							
réseau incluant les services de PMI*							
non	18%	8%	11%	8%	8%	15%	10%
oui, réseau régional	49%	54%	60%	68%	64%	74%	60%
oui, réseau de proximité	47%	46%	39%	40%	41%	19%	41%
répondants	*57*	*142*	*96*	*65*	*96*	*27*	*483*
réseau incluant des professionnels libéraux*							
non	16%	12%	13%	5%	5%	4%	10%
oui, réseau régional	63%	60%	62%	74%	68%	85%	66%
oui, réseau de proximité	39%	36%	34%	38%	38%	22%	36%
répondants	*57*	*143*	*97*	*65*	*97*	*27*	*486*
réseau incluant des représentants des usagers*							
non	65%	59%	49%	52%	39%	36%	52%
oui, réseau régional	25%	33%	45%	40%	49%	64%	40%
oui, réseau de proximité	9%	9%	8%	8%	19%	0%	10%
répondants	*55*	*137*	*91*	*60*	*88*	*25*	*456*

*Plusieurs réponses possibles.

Lecture : 40 % des maternités de moins de 500 accouchements par an déclarent être à la fois membre d'un réseau de proximité et membre d'un réseau inter-établissement régional ou de plus petite échelle.

Champ : France métropolitaine.

Source : Enquête nationale périnatale 2016, questionnaire établissements.

Tableau 94. Fonctionnement en réseau selon la taille des maternités en 2010

	Nombre d'accouchements par an					Total
	< 500	500 à 999	1000 à 1499	1500 à 1999	≥ 2000	
Membre d'un réseau de santé formalisé en périnatalité						
non	4%	2%	1%	0%	1%	1%
réseau régional ou de plus petite échelle	71%	75%	76%	72%	66%	72%
réseau de proximité	2%	5%	6%	3%	9%	6%
les deux types de réseau	23%	18%	17%	25%	24%	21%
répondants	*51*	*149*	*127*	*63*	*132*	*195*
Si membre d'un réseau périnatal :						
réseau incluant les services de PMI						
oui	78%	77%	85%	90%	85%	83%
répondants	*46*	*145*	*121*	*62*	*127*	*501*
réseau incluant des professionnels libéraux						
oui	71%	72%	90%	82%	89%	82%
répondants	*45*	*146*	*122*	*61*	*127*	*501*
réseau incluant des représentants des usagers						
oui	49%	43%	52%	54%	57%	51%
répondants	*45*	*133*	*116*	*56*	*121*	*471*

Lecture : 24% des maternités de moins de 500 accouchements par an déclarent être à la fois membre d'un réseau de proximité et membre d'un réseau inter-établissement régional ou de plus petite échelle.

Champ : France métropolitaine.

Source : Enquête nationale périnatale 2010, questionnaire établissements.

Tableau 95. Ressources mises à disposition par les réseaux selon le type d'autorisation des maternités en 2016

	Type d'autorisation				Total
	I	IIA	IIB	III	
Ressources mises à disposition par le(s) réseau(x) de santé en périnatalité :					
documents d'information communs destinés aux femmes					
oui	80%	82%	80%	75%	80%
répondants	*208*	*137*	*82*	*59*	*486*
répertoire des professionnels médicaux et non médicaux du réseau					
oui	65%	67%	57%	69%	65%
répondants	*206*	*138*	*82*	*59*	*485*
dossier médical commun					
oui	20%	27%	17%	22%	22%
répondants	*208*	*138*	*81*	*60*	*487*
outils favorisant la collaboration avec les professionnels de ville (fiche de liaison, …)					
oui	50%	57%	57%	58%	54%
répondants	*207*	*136*	*81*	*59*	*483*
formations communes pour assurer le suivi des femmes et de leurs nouveau-nés					
oui	85%	90%	87%	83%	86%
répondants	*208*	*138*	*82*	*60*	*488*
protocoles communs de suivi et de prise en charge*					
oui	82%	84%	80%	83%	83%
répondants	*208*	*139*	*81*	*59*	*487*
autres ressources**					
oui	12%	16%	19%	29%	16%
répondants	*198*	*129*	*81*	*59*	*467*

*Inclut les fiches de transfert.

**Comprend notamment : revues de mortalité et de morbidité, groupes de travail, site internet, recommandations, autres formations, cellule de transfert.

Lecture : 27 % des maternités de type IIA déclarent avoir un dossier médical commun à un ou plusieurs réseaux de santé en périnatalité.

Champ : France métropolitaine.

Source : Enquête nationale périnatale 2016, questionnaire établissements.

Tableau 96. Ressources mises à disposition par les réseaux selon la taille des maternités en 2016

	Nombre d'accouchements par an						Total
	< 500	500 à 999	1000 à 1499	1500 à 1999	2000 à 3499	≥ 3500	
Ressources mises à disposition par le(s) réseau(x) de santé en périnatalité :							
documents d'information communs destinés aux femmes							
oui	81%	76%	87%	83%	80%	73%	80%
répondants	*57*	*145*	*97*	*64*	*97*	*26*	*486*
répertoire des professionnels médicaux et non médicaux du réseau							
oui	65%	63%	65%	66%	63%	77%	65%
répondants	*57*	*143*	*97*	*64*	*98*	*26*	*485*
dossier médical commun							
oui	18%	23%	27%	20%	19%	19%	22%
répondants	*57*	*144*	*97*	*64*	*98*	*27*	*487*
outils favorisant la collaboration avec les professionnels de ville (fiche de liaison, …)							
oui	47%	45%	61%	59%	58%	59%	54%
répondants	*57*	*143*	*97*	*64*	*95*	*27*	*483*
formations communes pour assurer le suivi des femmes et de leurs nouveau-nés							
oui	84%	85%	89%	94%	84%	81%	86%
répondants	*57*	*145*	*97*	*65*	*97*	*27*	*488*
protocoles communs de suivi et de prise en charge*							
oui	81%	81%	88%	89%	76%	81%	83%
répondants	*57*	*145*	*97*	*65*	*97*	*26*	*487*
autres ressources**							
oui	18%	9%	13%	19%	23%	26%	16%
répondants	*51*	*139*	*94*	*62*	*94*	*27*	*467*

*Inclut les fiches de transfert.

**Comprend notamment : revues de mortalité et de morbidité, groupes de travail, site internet, recommandations, autres formations, cellule de transfert.

Lecture : 18 % des maternités de moins de 500 accouchements par an déclarent avoir un dossier médical commun à un ou plusieurs réseaux de santé en périnatalité.

Champ : France métropolitaine.

Source : Enquête nationale périnatale 2016, questionnaire établissements.

Tableau 97. Transferts et difficultés liées au manque de place selon le type d'autorisation des maternités en 2016

	Type d'autorisation				Total
	I	IIA	IIB	III	
Distance (km) par rapport à la maternité où les patientes sont transférées le plus souvent pour problèmes médicaux (Corse incluse)*					
vers une maternité de type IIA pour les maternités de type I					
Médiane	20	-	-	-	20
> 30 km	38%				38%
répondants	*110*				*110*
vers une maternité de type IIB pour les maternités de type I et IIA					
Médiane	29	25	-	-	27
> 30 km	45%	41%			44%
répondants	*146*	*58*			*204*
vers une maternité de type III pour les maternités de type I, IIA et IIB					
Médiane	45	35	60	-	45
> 30 km	62%	53%	67%		60%
répondants	*208*	*139*	*81*		*428*
Transport des patientes réalisé avec le concours d'une cellule d'orientation périnatale					
oui	65%	64%	67%	53%	63%
répondants	*204*	*137*	*78*	*59*	*478*
Difficulté à accueillir des femmes souhaitant accoucher à la maternité par manque de place					
non	92%	83%	81%	54%	83%
rarement	5%	9%	13%	17%	9%
parfois	2%	7%	6%	19%	6%
souvent	1%	1%	0%	10%	2%
répondants	*210*	*140*	*82*	*59*	*491*
Refus d'inscription des femmes à bas risque résidant loin de la maternité					
oui, systématiquement	0%	1%	0%	8%	1%
oui, parfois, si le nombre de femmes inscrites est déjà élevé	2%	5%	10%	10%	5%
non, jamais	67%	59%	45%	40%	58%
pas de système d'inscription à la maternité	31%	35%	45%	42%	36%
répondants	*210*	*140*	*80*	*60*	*490*

* Comprend uniquement les transferts vers les maternités ayant un type d'autorisation plus élevé.

Lecture : 40 % des maternités de type IIA qui déclarent transférer des patientes vers une maternité de type IIB rapportent un trajet de plus de 30 kilomètres.

Champ : France métropolitaine.

Source : Enquête nationale périnatale 2016, questionnaire établissements.

Tableau 98. Transferts et difficultés liées au manque de place selon le type d'autorisation des maternités en 2010

	Type d'autorisation				Total
	I	IIA	IIB	III	
Distance (km) par rapport à la maternité où les patientes sont transférées le plus souvent pour problèmes médicaux (Corse non comprise)*					
vers une maternité de type IIA					
Médiane	18	5	35	-	18
> 30 km	38%	67%	40%		39%
répondants	*135*	*3*	*5*	*0*	*143*
vers une maternité de type IIB					
Médiane	15	44	-	-	25
> 30 km	39%	36%			38%
répondants	*158*	*43*	*5*	*1*	*207*
vers une maternité de type III					
Médiane	40	8	60	-	45
> 30 km	64%	54%	68%		63%
répondants	*245*	*116*	*84*	*2*	*447*
Transport des patientes réalisé avec le concours d'une cellule d'orientation périnatale					
oui	61%	66%	57%	32%	58%
répondants	*257*	*118*	*86*	*56*	*517*
Difficulté à accueillir des femmes souhaitant accoucher à la maternité par manque de place					
non	86%	69%	66%	34%	73%
rarement	8%	14%	16%	19%	12%
parfois	4%	11%	11%	21%	8%
souvent	2%	6%	7%	26%	7%
répondants	*258*	*119*	*86*	*56*	*519*

* Non compris les maternités de niveau III, et les maternités qui n'adressent pas de femmes vers un type particulier de maternité.

Lecture : 36 % des maternités de type IIA qui déclarent transférer des patientes vers une maternité de type IIB rapportent un trajet de plus de 30 kilomètres.

Champ : France métropolitaine.

Source : Enquête nationale périnatale 2010, questionnaire établissements.

Tableau 99. Transferts et difficultés liées au manque de place selon la taille des maternités en 2016

	Nombre d'accouchements par an						Total
	< 500	500 à 999	1000 à 1499	1500 à 1999	2000 à 3499	≥ 3500	
Distance (km) par rapport à la maternité où les patientes sont adressées le plus souvent pour problèmes médicaux (Corse incluse)*							
vers une maternité de type IIA pour les maternités de type I							
Médiane	50	22	10	5	6	-	20
> 30 km	74%	41%	4%	0%	0%		38%
répondants	*31*	*44*	*25*	*7*	*3*	*0*	*110*
vers une maternité de type IIB pour les maternités de type I et IIA							
Médiane	57	26	22	10	6	8	27
> 30 km	78%	44%	36%	21%	12%	0%	44%
répondants	*40*	*82*	*44*	*19*	*17*	*2*	*204*
vers une maternité de type III pour les maternités de type I, IIA et IIB							
Médiane	84	50	45	25	9	3	45
> 30 km	84%	71%	63%	46%	23%	0%	60%
répondants	*58*	*145*	*97*	*59*	*64*	*5*	*428*
Transport des patientes réalisé avec le concours d'une cellule d'orientation périnatale							
oui	59%	62%	66%	66%	62%	74%	63%
répondants	*56*	*141*	*96*	*64*	*94*	*27*	*478*
Difficulté à accueillir des femmes souhaitant accoucher à la maternité par manque de place							
non	98%	91%	89%	88%	61%	55%	83%
rarement	2%	8%	8%	9%	14%	15%	9%
parfois	0%	1%	3%	3%	21%	15%	6%
souvent	0%	0%	0%	0%	4%	15%	2%
répondants	*58*	*146*	*98*	*65*	*97*	*27*	*491*
Refus d'inscription des femmes à bas risque résidant loin de la maternité							
oui, systématiquement	0%	0%	0%	0%	5%	4%	1%
oui, parfois, si le nombre de femmes inscrites est déjà élevé	2%	0%	0%	3%	14%	30%	5%
non, jamais	65%	59%	64%	61%	44%	55%	58%
pas de système d'inscription à la maternité	33%	41%	36%	36%	37%	11%	36%
répondants	*58*	*146*	*98*	*64*	*97*	*27*	*490*

* Comprend uniquement les transferts vers les maternités ayant un type d'autorisation plus élevé.

Lecture : 76% des maternités de moins de 500 accouchements par an qui déclarent transférer des patientes vers une maternité de type IIB rapportent un trajet de plus de 30 kilomètres.

Champ : France métropolitaine.

Source : Enquête nationale périnatale 2016, questionnaire établissements.

► **Tableau 100. Transferts et difficultés liées au manque de place selon la taille des maternités en 2010**

	Nombre d'accouchements par an					Total
	< 500	500 à 999	1000 à 1499	1500 à 1999	≥ 2000	
Distance (km) par rapport à la maternité où les patientes sont adressées le plus souvent pour problèmes médicaux (Corse non comprise) *						
vers une maternité de type IIA						
Médiane	45	21	10	9	1	18
> 30 km	89%	42%	12%	0%	0%	39%
répondants	*27*	*64*	*34*	*10*	*7*	*143*
vers une maternité de type IIB						
Médiane	45	30	17	9	5	25
> 30 km	84%	60%	40%	16%	10%	38%
répondants	*31*	*79*	*52*	*24*	*21*	*207*
vers une maternité de type III						
Médiane	65	55	50	35	8,5	45
> 30 km	92%	79%	66%	53%	24%	63%
répondants	*49*	*143*	*114*	*58*	*80*	*447*
Transport des patientes réalisé avec le concours d'une cellule d'orientation périnatale						
oui	67%	53%	61%	70%	53%	58%
répondants	*51*	*148*	*127*	*63*	*129*	*518*
Difficulté à accueillir des femmes souhaitant accoucher à la maternité par manque de place						
non	96%	89%	77%	68%	44%	73%
rarement	4%	8%	13%	19%	16%	12%
parfois	0%	3%	6%	11%	18%	8%
souvent	0%	0%	4%	2%	22%	7%
répondants	*51*	*149*	*128*	*63*	*131*	*519*

* Non compris les maternités de niveau III, et les maternités qui n'adressent pas de femmes vers un type particulier de maternité.

Lecture : 84 % des maternités de moins de 500 accouchements par an qui déclarent transférer des patientes vers une maternité de type IIB rapportent un trajet de plus de 30 kilomètres.

Champ : France métropolitaine.

Source : Enquête nationale périnatale 2016, questionnaire établissements.

► **Tableau 101. Équipements des maternités et de leur site selon leur type d'autorisation en 2016**

	Type d'autorisation				Total
	I	IIA	IIB	III	
Emplacement du bloc obstétrical pour les césariennes*					
secteur naissance ou contigu	61%	81%	86%	100%	75%
même bâtiment que le secteur naissance	36%	19%	14%	0%	23%
autre bâtiment	3%	0%	0%	0%	1%
répondants	*209*	*140*	*82*	*60*	*491*
Unité "kangourou" dans la maternité					
oui	4%	37%	54%	72%	30%
répondants	*209*	*139*	*82*	*60*	*490*
Présence dans la maternité ou sur le site où se situe la maternité					
d'une salle de réveil 24h/24					
	73%	91%	95%	98%	85%
répondants	*209*	*139*	*81*	*60*	*489*
d'une unité de surveillance continue					
	79%	83%	89%	88%	83%
répondants	*207*	*139*	*82*	*59*	*487*
d'un service de réanimation adulte					
	16%	56%	89%	87%	48%
répondants	*208*	*140*	*82*	*60*	*490*
Si pas de service de réanimation adulte dans l'établissement, distance au service de réanimation adulte le plus proche					
< 30 km	54%	74%	100%	100%	62%
≥ 30 km	46%	26%	0%	0%	38%
répondants	*170*	*62*	*9*	*8*	*249*
Maternité équipée pour accueillir les femmes à mobilité réduite					
oui	66%	77%	78%	85%	73%
répondants	*208*	*139*	*81*	*59*	*487*
Le médecin présent le plus qualifié a toujours la compétence pour réaliser des césariennes					
oui	93%	98%	100%	100%	96%
répondants	*208*	*139*	*82*	*59*	*488*

*Seule la situation la plus favorable a été présentée lorsque plusieurs réponses étaient cochées.

Lecture : 81% des maternités de type IIA déclarent que le bloc obstétrical est situé dans le secteur naissance ou est contigu à celui-ci.

Champ : France métropolitaine.

Source : Enquête nationale périnatale 2016, questionnaire établissements.

► **Tableau 102. Équipements des maternités et de leur site selon leur type d'autorisation en 2010**

	Type d'autorisation				Total
	I	IIA	IIB	III	
Emplacement du bloc obstétrical pour les césariennes*					
secteur naissance ou contigu	56%	71%	72%	94%	66%
même bâtiment que le secteur naissance	43%	26%	25%	6%	32%
autre bâtiment	1%	3%	3%	0%	2%
répondants	*257*	*117*	*85*	*62*	*521*
Unité kangourou dans le service de maternité					
oui	4%	51%	38%	52%	26%
répondants	*258*	*119*	*86*	*62*	*525*
Présence dans la maternité ou sur le site où se situe la maternité					
d'une salle de réveil 24h/24					
	73%	86%	87%	95%	81%
répondants	*252*	*118*	*84*	*61*	*515*
d'une unité de surveillance continue					
	72%	78%	76%	81%	75%
répondants	*246*	*116*	*82*	*59*	*503*
d'un service de réanimation adulte					
	25%	53%	88%	81%	48%
répondants	*244*	*117*	*86*	*58*	*505*

*Seule la situation la plus favorable a été présentée lorsque plusieurs réponses étaient cochées.

Lecture : 71 % des maternités de type IIA déclarent que le bloc obstétrical est situé dans le secteur naissance ou est contigu à celui-ci.

Champ : France métropolitaine.

Source : Enquête nationale périnatale 2010, questionnaire établissements.

Tableau 103. Équipements des maternités et de leur site selon leur taille en 2016

	Nombre d'accouchements par an						Total
	<500	500 à 999	1000 à 1499	1500 à 1999	2000 à 3499	≥3500	
Emplacement du bloc obstétrical pour les césariennes*							
secteur naissance ou contigu	35%	63%	86%	94%	91%	100%	76%
même bâtiment que le secteur naissance	61%	35%	14%	6%	9%	0%	23%
autre bâtiment	4%	2%	0%	0%	0%	0%	1%
répondants	57	146	98	65	98	27	491
Unité "kangourou" dans la maternité							
oui	2%	14%	22%	45%	55%	81%	30%
répondants	58	146	97	65	97	27	490
Présence dans la maternité ou sur le site où se situe la maternité							
d'une salle de réveil 24h/24							
	74%	81%	85%	86%	93%	100%	85%
répondants	58	146	97	64	97	27	489
d'une unité de surveillance continue							
	72%	85%	82%	86%	88%	81%	83%
répondants	57	144	98	65	96	27	487
d'un service de réanimation adulte							
	12%	33%	54%	66%	65%	75%	48%
répondants	58	144	98	65	98	28	490
Si pas de service de réanimation adulte dans l'établissement, distance au service de réanimation adulte le plus proche							
< 30 km	24%	49%	79%	100%	100%	100%	62%
≥ 30 km	76%	51%	21%	0%	0%	0%	38%
répondants	49	95	43	22	34	6	249
Maternité équipée pour accueillir les femmes à mobilité réduite							
oui	44%	72%	76%	81%	80%	92%	73%
répondants	57	145	98	64	97	26	487
Le médecin présent le plus qualifié a toujours la compétence pour réaliser des césariennes							
oui	91%	95%	94%	98%	98%	100%	96%
répondants	58	145	96	65	97	27	488

*Seule la situation la plus favorable a été présentée lorsque plusieurs réponses étaient cochées.

Lecture : 35 % des maternités de moins de 500 accouchements par an déclarent que le bloc obstétrical est situé dans le secteur naissance ou est contigu à celui-ci.

Champ : France métropolitaine.

Source : Enquête nationale périnatale 2016, questionnaire établissements.

Tableau 104. Équipements des maternités et de leur site selon leur taille en 2010

	Nombre d'accouchements par an					Total
	<500	500 à 999	1000 à 1499	1500 à 1999	≥2000	
Emplacement du bloc obstétrical pour les césariennes*						
secteur naissance ou contigu	43%	54%	62%	77%	87%	66%
même bâtiment que le secteur naissance	55%	43%	35%	21%	13%	32%
autre bâtiment	2%	3%	3%	2%	0%	2%
répondants	*49*	*148*	*128*	*61*	*135*	521
Unité "kangourou" dans le service de néonatalogie						
oui	4%	11%	20%	35%	51%	26%
répondants	*51*	*149*	*128*	*63*	*135*	*525*
Présence dans la maternité ou sur le site où se situe la maternité						
d'une salle de réveil 24h/24						
	86%	73%	78%	85%	88%	81%
répondants	*51*	*144*	*125*	*62*	*134*	*516*
d'une unité de surveillance continue						
	73%	73%	76%	68%	80%	75%
répondants	*49*	*141*	*121*	*62*	*131*	*504*
d'un service de réanimation adulte						
	24%	34%	59%	53%	60%	48%
répondants	*49*	*140*	*124*	*62*	*133*	*508*

*Seule la situation la plus favorable a été présentée lorsque plusieurs réponses étaient cochées.

Lecture : 43 % des maternités de moins de 500 accouchements par an déclarent que le bloc obstétrical est situé dans le secteur naissance ou est contigu à celui-ci.

Champ : France métropolitaine.

Source : Enquête nationale périnatale 2010, questionnaire établissements.

Tableau 105. Locaux du secteur naissance et aménagement selon le type d'autorisation des maternités en 2016

	Type d'autorisation				Total
	I	IIA	IIB	III	
Nombre de salles de naissance dans la maternité					
minimum	1	2	3	4	1
médiane	3	4	5	7	4
maximum	8	12	11	13	13
répondants	*210*	*140*	*82*	*60*	*492*
Nombre de salles de pré-travail dans la maternité					
minimum	0	0	0	0	0
médiane	1	2	3	3	2
maximum	5	10	8	7	10
répondants	*210*	*140*	*82*	*59*	*491*
Le secteur naissance comprend un espace dédié pour réaliser des accouchements peu médicalisés (espace physiologique, salle nature…)*					
oui	35%	43%	41%	48%	40%
répondants	*210*	*140*	*82*	*60*	*492*
Convention de l'établissement avec des sages-femmes libérales pour leur accès au plateau technique pour faire des accouchements					
oui	16%	9%	9%	7%	12%
répondants	*210*	*140*	*82*	*60*	*492*

*Les chiffres présentés pour cet item ne sont pas comparables à ceux concernant la présence d'une salle physiologique en 2010.
en raison d'une formulation différente en 2010 et en 2016.

Lecture : 42 % des maternités de type IIA déclarent avoir un espace pour réaliser des accouchements peu médicalisés dans le secteur naissance.
Champ : France métropolitaine.
Source : Enquête nationale périnatale 2016, questionnaire établissements.

Tableau 106. Locaux du secteur naissance et aménagement selon le type d'autorisation des maternités en 2010

	Type d'autorisation				Total
	I	IIA	IIB	III	
Le secteur naissance comprend une salle de naissance physiologique					
oui	27%	24%	21%	30%	26%
répondants	*254*	*119*	*86*	*60*	*519*

*Les chiffres présentés pour cet item ne sont pas comparables à ceux concernant la présence d'un espace moins médicalisé pour les accouchements, en raison d'une formulation différente en 2010 et en 2016.

Lecture : 24 % des maternités de type IIA déclarent posséder une salle de naissance physiologique.

Champ : France métropolitaine.

Source : Enquête nationale périnatale 2010, questionnaire établissements.

Tableau 107. Locaux du secteur naissance et aménagement selon la taille des maternités en 2016

	Nombre d'accouchements par an						Total
	< 500	500 à 999	1000 à 1499	1500 à 1999	2000 à 3499	≥ 3500	
Nombre de salles de naissance dans la maternité							
minimum	1	2	2	3	4	7	1
médiane	2	2	3	4	5	7	3
maximum	5	5	8	11	11	13	13
estimation du nombre minimal réglementaire de salles*	1	1 à 2	2 à 3	3 à 4	4 à 7	7 à 9	
Part des maternités conformes à cette estimation	100%	100%	100%	100%	96%	100%	99%
répondants	*58*	*146*	*98*	*65*	*98*	*27*	*492*
Nombre de salles de pré-travail dans la maternité							
minimum	0	0	0	0	0	0	0
médiane	1	1	2	2	3	4	2
maximum	4	6	8	6	10	7	10
Estimation du nombre minimal réglementaire de salles*	1	1	1 à 2	2	2 à 4	4 à 6	
Part des maternités conformes à cette estimation**	81%	96%	89%	86%	86%	63%	88%
répondants	*58*	*146*	*98*	*64*	*98*	*27*	*491*
Le secteur naissance comprend un espace dédié pour réaliser des accouchements peu médicalisés (espace physiologique, salle nature…)* **							
oui	14%	40%	44%	55%	40%	48%	40%
répondants	*58*	*146*	*98*	*65*	*98*	*27*	*492*
Convention de l'établissement avec des sages-femmes libérales pour leur accès au plateau technique pour faire des accouchements							
oui	16%	18%	9%	5%	10%	4%	12%
répondants	*58*	*146*	*98*	*65*	*98*	*27*	*492*

*D'après l'arrêté du 25 avril 2000 relatif aux locaux de prétravail et de travail, aux dispositifs médicaux et aux examens pratiqués en néonatologie et en réanimation néonatale. Une marge de 15 % du nombre d'accouchements a été utilisée pour tenir compte des fluctuations du nombre d'accouchements selon les années.
**Les moins bons résultats des maternités concernant la conformité à la réglementation pour les salles de pré-travail par rapport aux salles de naissances sont en partie expliqués par l'absence de prise en compte de salles mixtes. Les salles mixtes, aménagées de façon à pouvoir accueillir des femmes à la fois pendant le pré-travail et pendant le travail, ont vraisemblablement été uniquement comptabilisées parmi les salles de naissances. Lorsqu'on inclut dans le calcul de la conformité à la réglementation du nombre de salles de pré-travail les salles de naissances excédentaires par rapport à l'estimation du nombre minimal réglementaire de salles de naissance, la part des maternités conformes à l'estimation du nombre minimal réglementaire de salles de pré-travail passe de 88 % à 97 %.
***Les chiffres présentés pour cet item ne sont pas comparables à ceux concernant la présence d'une salle physiologique en 2010, en raison d'une formulation différente en 2010 et en 2016.

Lecture : 14 % des maternités de moins de 500 accouchements déclarent avoir un espace dédié pour réaliser des accouchements peu médicalisés dans le secteur naissance.

Champ : France métropolitaine.

Source : Enquête nationale périnatale 2016, questionnaire établissements.

Tableau 108. Locaux du secteur naissance et aménagement selon la taille des maternités en 2010

	Nombre d'accouchements par an					Total
	< 500	500 à 999	1000 à 1499	1500 à 1999	≥ 2000	
Le secteur naissance comprend une salle de naissance physiologique*						
oui	20%	30%	23%	24%	26%	26%
répondants	*50*	*145*	*128*	*63*	*133*	*519*

*Les chiffres présentés pour cet item ne sont pas comparables à ceux concernant la présence d'un espace moins médicalisé pour les accouchements, en raison d'une formulation différente en 2010 et en 2016.

Lecture : 20 % des maternités de moins de 500 accouchements déclarent avoir une salle de naissance physiologique.

Champ : France métropolitaine.

Source : Enquête nationale périnatale 2010, questionnaire établissements.

Tableau 109. Équipements disponibles pour la prise en charge des hémorragies obstétricales et de la douleur selon le type d'autorisation des maternités en 2016

	Type d'autorisation				Total
	I	IIA	IIB	III	
Moyen de surveillance de l'hémoglobine au lit de la patiente (type Hémocue®)					
oui	80%	86%	94%	97%	86%
répondants	*210*	*140*	*82*	*60*	*492*
Site de délivrance ou dépôt de délivrance de produits sanguins labile sur le site où se situe la maternité					
oui	61%	76%	93%	90%	74%
répondants	*209*	*140*	*82*	*60*	*491*
Si absence de site ou dépôt de délivrance, dépôt d'urgence (sang) sur le site où se situe la maternité					
oui	74%	76%	100%	83%	77%
répondants	*82*	*34*	*6*	*6*	*128*
Si oui, temps d'accès au dépôt d'urgence					
≤ 5 minutes	96%	100%	100%	80%	97%
répondants	*57*	*23*	*6*	*5*	*91*
Si absence de site de dépôt de délivrance ou d'urgence sur le site où se situe la maternité, délai moyen d'obtention de culots globulaires demandés en urgence vitale					
≤ 30 minutes	100%	100%	-	100%	100%
répondants	*21*	*7*		*1*	*29*
Disponibilité de l'analgésie péridurale autocontrôlée (PCEA)					
oui	57%	78%	71%	87%	69%
répondants	*210*	*139*	*82*	*60*	*491*
Si oui, ratio du nombre de pompes sur le nombre de salles de naissances					
≥1	72%	67%	64%	85%	71%
répondants	*119*	*108*	*55*	*52*	*334*
Possibilité de déambuler sous analgésie péridurale					
oui	9%	9%	5%	13%	9%
répondants	*210*	*139*	*82*	*60*	*491*

Lecture : 76 % des maternités de type IIA déclarent avoir un dépôt d'urgence sur le site où se situe la maternité.
Champ : France métropolitaine.
Source : Enquête nationale périnatale 2016, questionnaire établissements.

Tableau 110. Équipements disponibles pour la prise en charge de la douleur selon le type d'autorisation des maternités en 2010

	Type d'autorisation				Total
	I	IIA	IIB	III	
Disponibilité de l'analgésie péridurale autocontrôlée (PCEA)					
pour la plupart des femmes sous analgésie péridurale	24%	35%	35%	55%	32%
pour une partie des femmes sous analgésie péridurale	*20%*	*34%*	*29%*	*33%*	*26%*
non	56%	31%	36%	12%	42%
répondants	*255*	*119*	*86*	*60*	*520*
Possibilité de déambuler sous analgésie péridurale					
	7%	8%	6%	15%	8%
répondants	*251*	*118*	*85*	*61*	*515*

Lecture : 8 % des maternités de type IIA déclarent qu'il est possible de déambuler sous analgésie péridurale dans leur établissement.
Champ : France métropolitaine.
Source : Enquête nationale périnatale 2010, questionnaire établissements.

Tableau 111. Équipements disponibles pour la prise en charge des hémorragies obstétricales et de la douleur selon la taille des maternités en 2016

	Nombre d'accouchements par an						Total
	< 500	500 à 999	1000 à 1499	1500 à 1999	2000 à 3499	≥ 3500	
Moyen de surveillance de l'hémoglobine au lit de la patiente (type Hémocue®)							
oui	71%	79%	87%	92%	98%	96%	86%
répondants	*58*	*146*	*98*	*65*	*98*	*27*	*492*
Site de délivrance ou dépôt de délivrance de produits sanguins labile sur le site où se situe la maternité							
oui	70%	70%	70%	77%	81%	85%	74%
répondants	*57*	*146*	*98*	*65*	*98*	*27*	*491*
Si absence de site ou de dépôt de délivrance, dépôt d'urgence (sang) sur le site où se situe la maternité							
oui	82%	70%	76%	73%	84%	100%	77%
répondants	*17*	*44*	*29*	*15*	*19*	*4*	*128*
Si oui, temps d'accès au dépôt d'urgence							
≤ 5 minutes	100%	97%	100%	89%	94%	100%	97%
répondants	*13*	*29*	*21*	*9*	*16*	*3*	*91*
Si absence de site de dépôt de délivrance ou d'urgence sur le site où se situe la maternité : délai moyen d'obtention de culots globulaires demandés en urgence vitale							
≤ 30 minutes	100%	100%	100%	100%	100%	-	100%
répondants	*3*	*13*	*6*	*4*	*3*	*0*	*29*
Disponibilité de l'analgésie péridurale autocontrôlée (PCEA)							
oui	40%	64%	64%	75%	86%	96%	69%
répondants	*58*	*146*	*97*	*65*	*98*	*27*	*491*
Si oui, ratio du nombre de pompes sur le nombre de salles de naissances							
≥1	61%	68%	71%	71%	72%	85%	71%
répondants	*23*	*90*	*64*	*47*	*83*	*27*	*334*
Possibilité de déambuler sous analgésie péridurale							
oui	5%	7%	5%	18%	10%	11%	9%
répondants	*58*	*145*	*98*	*65*	*98*	*27*	*491*

Lecture : 82 % des maternités de moins de 500 accouchements par an qui déclarent avoir un dépôt d'urgence rapportent pouvoir y accéder dans les 5 minutes.
Champ : France métropolitaine.
Source : Enquête nationale périnatale 2016, questionnaire établissements.

► **Tableau 112. Équipements disponibles pour la prise en charge de la douleur selon la taille des maternités en 2010**

	Nombre d'accouchements par an					Total
	< 500	500 à 999	1000 à 1499	1500 à 1999	≥ 2000	
Disponibilité de l'analgésie péridurale autocontrôlée (PCEA)						
pour la plupart des femmes sous analgésie péridurale	15%	20%	25%	29%	36%	26%
pour une partie des femmes sous analgésie péridurale	15%	25%	29%	38%	45%	32%
non	*70%*	*55%*	*46%*	*33%*	*19%*	*42%*
répondants	*53*	*146*	*128*	*63*	*133*	*523*
Possibilité de déambuler sous analgésie péridurale						
	6%	1%	8%	8%	16%	8%
répondants	*49*	*144*	*127*	*63*	*132*	*515*

Lecture : 6 % des maternités de moins de 500 accouchements par an déclarent qu'il est possible de déambuler sous analgésie péridurale dans leur établissement.
Champ : France métropolitaine.
Source : Enquête nationale périnatale 2010, questionnaire établissements.

Tableau 113. Équipes soignantes selon le type d'autorisation en 2016 - gynécologues, pédiatres et anesthésistes

	Type d'autorisation				Total
	I	IIA	IIB	III	
Part des établissements avec présence d'un gynécologue-obstétricien					
en permanence dans la maternité ou l'établissement*	31%	71%	90%	100%	61%
pas de présence systématique la journée en semaine	9%	5%	2%	0%	5%
répondants	210	140	82	60	492
Part des établissements avec présence d'un pédiatre					
en permanence dans la maternité ou l'établissement*	9%	29%	93%	100%	40%
pas de présence systématique la journée en semaine	35%	8%	1%	0%	17%
répondants	210	139	82	60	491
Part des établissements avec présence d'un anesthésiste-réanimateur					
en permanence dans la maternité ou l'établissement*	61%	96%	100%	100%	81%
pas de présence systématique la journée en semaine	3%	1%	0%	0%	1%
répondants	201	140	82	60	492
Part des établissements avec présence d'un interne en gynécologie-obstétrique en permanence dans la maternité ou l'établissement*					
	5%	26%	68%	100%	33%
répondants	204	139	80	60	483
Part des établissements avec présence d'un interne en pédiatrie en permanence dans la maternité ou l'établissement*					
	2%	14%	52%	83%	24%
répondants	204	138	81	59	482
Part des établissements avec présence d'un interne en anesthésie-réanimation en permanence dans la maternité ou l'établissement*					
	0%	10%	33%	75%	18%
répondants	202	138	80	60	480

*Sur place jour, nuit et weekend.

Lecture : 71 % des maternités de type IIA déclarent avoir un gynécologue obstétricien présent en permanence (jour, nuit et week-end) dans la maternité ou l'établissement.

Champ : France métropolitaine.

Source : Enquête nationale périnatale 2016, questionnaire établissements.

► **Tableau 114. Équipes soignantes selon le type d'autorisation en 2010 - gynécologues, pédiatres et anesthésistes**

	Type d'autorisation				Total
	I	IIA	IIB	III	
Part des établissements avec présence d'un gynécologue-obstétricien					
en permanence dans la maternité ou l'établissement*	28%	67%	79%	100%	54%
pas de présence systématique la journée en semaine	13%	3%	2%	0%	7%
répondants	255	119	86	62	522
Part des établissements avec présence d'un pédiatre					
en permanence dans la maternité ou l'établissement*	6%	26%	81%	97%	34%
pas de présence systématique la journée en semaine	44%	5%	0%	0%	23%
répondants	252	119	86	61	518
Part des établissements avec présence d'un anesthésiste-réanimateur					
en permanence dans la maternité ou l'établissement*	55%	89%	97%	100%	75%
pas de présence systématique la journée en semaine	5%	1%	0%	0%	2%
répondants	255	118	86	62	521
Part des établissements avec présence d'un interne en gynécologie-obstétrique en permanence dans la maternité ou l'établissement*					
	7%	27%	67%	98%	35%
répondants	198	95	78	61	432
Part des établissements avec présence d'un interne en pédiatrie en permanence dans la maternité ou l'établissement*					
	4%	12%	46%	81%	23%
répondants	214	104	82	58	458
Part des établissements avec présence d'un interne en anesthésie-réanimation en permanence dans la maternité ou l'établissement*					
	3%	8%	24%	67%	16%
répondants	216	102	79	60	457

*Sur place jour, nuit et week-end.

Lecture : 67 % des maternités de type IIA déclarent avoir un gynécologue obstétricien présent en permanence (jour, nuit et week-end) dans la maternité ou l'établissement.

Champ : France métropolitaine.

Source : Enquête nationale périnatale 2010, questionnaire établissements.

Tableau 115. Équipes soignantes selon la taille des maternités en 2016 - gynécologues, pédiatres et anesthésistes

	Nombre d'accouchements par an						Total
	<500	500 à 999	1000 à 1499	1500 à 1999	2000 à 3499	≥3500	
Part des établissements avec présence d'un gynécologue obstétricien							
en permanence dans la maternité ou l'établissement*	19%	25%	64%	98%	100%	100%	61%
pas de présence systématique la journée en semaine	7%	10%	9%	0%	0%	0%	5%
répondants	57	146	98	65	98	27	491
Part des établissements avec présence d'un pédiatre							
en permanence dans la maternité ou l'établissement*	7%	12%	30%	62%	81%	93%	40%
pas de présence systématique la journée en semaine	34%	23%	28%	6%	0%	4%	17%
répondants	58	145	98	65	98	27	491
Part des établissements avec présence d'un anesthésiste réanimateur							
en permanence dans la maternité ou l'établissement*	40%	70%	85%	100%	100%	100%	81%
pas de présence systématique la journée en semaine	2%	3%	2%	0%	0%	0%	1%
répondants	58	146	98	65	98	27	492
Part des établissements avec présence d'un interne en gynécologie-obstétrique en permanence dans la maternité ou l'établissement*							
	0%	8%	26%	46%	72%	89%	33%
répondants	55	142	97	65	97	27	483
Part des établissements avec présence d'un interne en pédiatrie en permanence dans la maternité ou l'établissement*							
	0%	9%	14%	34%	47%	74%	24%
répondants	56	142	97	64	96	27	482
Part des établissements avec présence d'un interne en anesthésie-réanimation en permanence dans la maternité ou l'établissement*							
	0%	2%	9%	20%	42%	78%	18%
répondants	56	140	97	64	96	27	480

*Sur place jour, nuit et week-end.

Lecture : 19 % des maternités de moins de 500 accouchements par an déclarent avoir un gynécologue obstétricien présent en permanence (jour, nuit et week-end) dans la maternité ou l'établissement.

Champ : France métropolitaine.

Source : Enquête nationale périnatale 2016, questionnaire établissements.

Tableau 116. Équipes soignantes selon la taille des maternités en 2010 - gynécologues, pédiatres et anesthésistes

	Nombre d'accouchements par an					Total
	<500	500 à 999	1000 à 1499	1500 à 1999	≥2000	
Part des établissements avec présence d'un gynécologue obstétricien						
en permanence dans la maternité ou l'établissement*	8%	18%	44%	95%	100%	54%
pas de présence systématique la journée en semaine	24%	11%	7%	2%	0%	7%
répondants	51	147	127	63	135	523
Part des établissements avec présence d'un pédiatre						
en permanence dans la maternité ou l'établissement*	2%	12%	22%	38%	78%	34%
pas de présence systématique la journée en semaine	50%	32%	25%	24%	0%	23%
répondants	50	146	127	63	134	520
Part des établissements avec présence d'un anesthésiste réanimateur						
en permanence dans la maternité ou l'établissement*	34%	55%	76%	97%	100%	75%
pas de présence systématique la journée en semaine	16%	4%	0%	0%	0%	3%
répondants	50	147	127	62	135	521
Part des établissements avec présence d'un interne en gynécologie-obstétrique en permanence dans la maternité ou l'établissement*						
	3%	12%	18%	47%	80%	35%
répondants	39	112	108	51	122	468
Part des établissements avec présence d'un interne en pédiatrie en permanence dans la maternité ou l'établissement*						
	33%	55%	76%	97%	100%	75%
répondants	41	124	116	56	122	459
Part des établissements avec présence d'un interne en anesthésie-réanimation en permanence dans la maternité ou l'établissement*						
	2%	4%	8%	18%	40%	16%
répondants	42	123	114	56	123	458

*Sur place jour, nuit et week-end.

Lecture : 8 % des maternités de moins de 500 accouchements par an déclarent avoir un gynécologue obstétricien présent en permanence (jour, nuit et week-end) dans la maternité ou l'établissement.

Champ : France métropolitaine.

Source : Enquête nationale périnatale 2010, questionnaire établissements.

Tableau 117. Équipes soignantes selon le type d'autorisation des maternités en 2016 - sages-femmes, infirmiers, aides-soignants

	Type d'autorisation				Total
	I	IIA	IIB	III	
Effectifs moyens de sages-femmes présentes sur le secteur naissance lors d'une garde					
jour de semaine	1,3	2,2	2,6	4,2	2,1
nuit	1,2	1,8	2,2	3,6	1,8
jour de week-end	1,3	2,0	2,4	4,0	2,0
répondants	*210*	*140*	*82*	*60*	*492*
dont effectifs moyens de sages-femmes dédiées uniquement aux urgences présentes sur le secteur naissance					
jour de semaine	0,1	0,2	0,4	1,0	0,3
nuit	0,0	0,0	0,2	0,5	0,1
jour de week-end	0,1	0,1	0,3	0,9	0,2
répondants	*210*	*140*	*82*	*60*	*492*
Effectifs moyens d'infirmières présentes dans le secteur naissance lors d'une garde					
jour de semaine	0,1	0,1	0,1	0,4	0,1
nuit	0,1	0,1	0,2	0,3	0,1
jour de week-end	0,0	0,1	0,1	0,3	0,1
répondants	*209*	*140*	*81*	*60*	*490*
Effectifs moyens d'infirmières anesthésistes présentes dans le secteur naissance lors d'une garde*					
jour de semaine	0,1	0,2	0,5	0,7	0,3
nuit	0,1	0,1	0,4	0,7	0,2
jour de week-end	0,1	0,1	0,4	0,7	0,2
répondants	*209*	*140*	*81*	*59*	*489*
Effectifs moyens d'aides-soignantes et/ou auxiliaires de puériculture présentes sur le secteur naissance lors d'une garde					
jour de semaine	1,1	1,5	1,9	3,0	1,6
nuit	1,0	1,3	1,7	2,5	1,4
jour de week-end	1,1	1,5	1,8	2,9	1,5
répondants	*210*	*140*	*82*	*60*	*492*

*Il est possible que les réponses des maternités incluent les infirmières présentes au bloc opératoire pour l'ensemble de l'activité de gynécologie obstétrique.

Lecture : Dans les maternités de type IIA, la moyenne du nombre de sages-femmes présentes sur le secteur naissance la nuit est de 1,8.

Champ : France métropolitaine.

Source : Enquête nationale périnatale 2016, questionnaire établissements.

Tableau 118. Équipes soignantes selon le type d'autorisation des maternités en 2010 - sages-femmes, infirmiers, aides-soignants

	Type d'autorisation				Total
	I	IIA	IIB	III	
Effectifs moyens de sages-femmes présentes sur le secteur naissance					
le jour	1,7	2,4	2,5	3,6	2,2
nuit	1,4	1,9	2,0	3,1	1,8
week-end	1,5	2,2	2,3	3,4	2,0
répondants	*258*	*118*	*85*	*62*	*523*
Effectifs moyens d'infirmières présentes sur le secteur naissance					
le jour	0,5	0,5	0,4	0,8	0,5
nuit	0,4	0,4	0,3	0,5	0,4
week-end	0,4	0,5	0,3	0,8	0,5
répondants	*248*	*115*	*86*	*59*	*493*
Effectifs moyens d'infirmières anesthésistes présentes sur le secteur naissance					
le jour	0,5	0,5	0,4	0,8	0,6
nuit	0,4	0,4	0,3	0,5	0,6
week-end	0,4	0,5	0,4	0,8	0,6
répondants	*243*	*110*	*83*	*61*	*497*
Effectifs moyens d'auxiliaires de puériculture présentes sur le secteur naissance*					
le jour	1,2	1,3	1,1	1,5	1,2
nuit	0,9	0,9	0,9	1,1	0,9
week-end	1,1	1,2	1,1	1,3	1,2
répondants	*250*	*111*	*78*	*58*	*496*
Effectifs moyens d'aides-soignantes présentes sur le secteur naissance*					
le jour	0,6	0,8	0,6	1,2	0,7
nuit	0,4	0,6	0,4	0,7	0,5
week-end	0,5	0,7	0,6	1,1	0,7
répondants	*239*	*108*	*79*	*56*	*482*
Effectifs moyens d'aides-soignantes-auxiliaires de puériculture présentes sur le secteur naissance*					
le jour	0,9	1,0	1,2	1,7	1,1
nuit	0,7	0,7	1,2	1,5	0,9
week-end	0,9	0,9	1,2	1,7	1,1
répondants	*232*	*108*	*83*	*54*	*477*

* le questionnement en plusieurs questions sur les effectifs d'aides-soignants et auxiliaires de puériculture en 2010 rend les comparaisons incertaines avec les données de 2016

Lecture : dans les maternités de type IIA, la moyenne du nombre de sages-femmes présentes sur le secteur naissance la nuit est de 1,9.

Champ : France métropolitaine.
Source : Enquête nationale périnatale 2010, questionnaire établissements.

Tableau 119. Équipes soignantes selon la taille des maternités en 2016 - sages-femmes, infirmiers, aides-soignants

	Nombre d'accouchements par an						Total
	<500	500 à 999	1000 à 1499	1500 à 1999	2000 à 3499	≥3500	
Effectifs moyens de sages-femmes présentes sur le secteur naissance lors d'une garde							
jour de semaine	1,1	1,1	1,9	2,5	3,3	5,4	2,1
nuit	1,0	1,0	1,6	2,0	2,8	4,6	1,8
jour de week-end	1,0	1,1	1,8	2,3	2,2	5,1	2,0
répondants	*58*	*146*	*98*	*65*	*98*	*27*	*492*
dont effectifs moyens de sages-femmes dédiées uniquement aux urgences présentes sur le secteur naissance							
jour de semaine	0,1	0,1	0,1	0,3	0,6	1,2	0,3
nuit	0,1	0,0	0,1	0,1	0,3	0,7	0,1
jour de week-end	0,1	0,0	0,1	0,2	0,5	1,1	0,2
répondants	*57*	*143*	*100*	*65*	*98*	*28*	*491*
Effectifs moyens d'infirmières présentes dans le secteur naissance lors d'une garde							
jour de semaine	0,0	0,0	0,1	0,0	0,4	0,4	0,1
nuit	0,0	0,0	0,1	0,1	0,3	0,3	0,1
jour de week-end	0,0	0,0	0,1	0,0	0,3	0,3	0,1
répondants	*58*	*146*	*96*	*65*	*98*	*27*	*490*
Effectifs moyens d'infirmières anesthésistes présentes dans le secteur naissance lors d'une garde*							
jour de semaine	0,0	0,1	0,2	0,3	0,5	0,8	0,3
nuit	0,0	0,1	0,1	0,2	0,5	0,8	0,2
jour de week-end	0,0	0,1	0,1	0,2	0,5	0,8	0,2
répondants	*58*	*146*	*96*	*65*	*98*	26	489
Effectifs moyens d'aides-soignantes et/ou auxiliaires de puériculture présentes sur le secteur naissance lors d'une garde							
jour de semaine	1,1	1,0	1,4	1,8	2,2	3,6	1,6
nuit	1,0	1,0	1,1	1,4	2,0	3,0	1,4
jour de week-end	1,1	1,0	1,3	1,7	2,1	3,4	1,5
répondants	*57*	*146*	*98*	*65*	*98*	*27*	*492*

*Il est possible que les réponses des maternités incluent les infirmières présentes au bloc opératoire pour l'ensemble de l'activité de gynécologie obstétrique

Lecture : dans les maternités de moins de 500 accouchements par an, la moyenne du nombre de sages-femmes présentes sur le secteur naissance la nuit est de 1,0.

Champ : France métropolitaine.

Source : Enquête nationale périnatale 2016, questionnaire établissements.

Tableau 120. Équipes soignantes selon la taille des maternités en 2010 - sages-femmes, infirmiers, aides-soignants

	Nombre d'accouchements par an					Total
	<500	500 à 999	1000 à 1499	1500 à 1999	≥2000	
Effectifs moyens de sages-femmes présentes sur le secteur naissance						
le jour	1,6	1,5	2,1	2,4	3,4	2,2
nuit	1,2	1,2	1,6	2,1	2,8	1,8
week-end	1,2	1,3	1,9	2,3	3,1	2,0
répondants	*50*	*149*	*127*	*62*	*135*	*523*
Effectifs moyens d'infirmières présentes sur le secteur naissance						
le jour	0,4	0,5	0,4	0,5	0,7	0,5
nuit	0,3	0,4	0,4	0,4	0,5	0,4
week-end	0,3	0,4	0,5	0,6	0,7	0,5
répondants	*49*	*139*	*125*	*62*	*133*	*508*
Effectifs moyens d'infirmières anesthésistes présentes sur le secteur naissance						
le jour	0,7	0,5	0,5	0,5	0,7	0,6
nuit	0,6	0,5	0,5	0,5	0,7	0,6
week-end	0,6	0,5	0,5	0,5	0,6	0,6
répondants	*45*	*138*	*121*	*62*	*131*	*497*
Effectifs moyens d'auxiliaires de puériculture présentes sur le secteur naissance						
le jour	1,2	1,1	1,3	1,2	1,4	1,2
nuit	0,8	0,8	0,9	1,0	1,1	0,9
week-end	1,2	1,0	1,2	1,2	1,3	1,2
répondants	*47*	*143*	*122*	*58*	*126*	*496*
Effectifs moyens d'aides-soignantes présentes sur le secteur naissance						
le jour	0,6	0,6	0,6	0,7	1,1	0,7
nuit	0,3	0,4	0,4	0,4	0,7	0,5
week-end	0,4	0,5	0,5	0,6	1,0	0,7
répondants	*45*	*134*	*119*	*60*	*124*	*482*
Effectifs moyens d'aides-soignantes-auxiliaires de puériculture présentes sur le secteur naissance						
le jour	1,2	0,9	1,0	0,9	1,3	1,1
nuit	0,6	0,7	0,8	0,8	1,3	0,9
week-end	1,2	1,0	0,9	0,9	1,4	1,1
répondants	*46*	*132*	*120*	*57*	*122*	*477*

* le questionnement en plusieurs questions sur les effectifs d'aides-soignants et auxiliaires de puériculture en 2010 rend les comparaisons incertaines avec les données de 2016.

Lecture : dans les maternités de moins de 500 accouchements par an, la moyenne du nombre de sages-femmes présentes sur le secteur naissance la nuit est de 1,2.
Champ : France métropolitaine.
Source : Enquête nationale périnatale 2010, questionnaire établissements.

► **Tableau 121. Pratiques en salle de naissance selon le type d'autorisation des maternités en 2016**

	Type d'autorisation				Total
	I	IIA	IIB	III	
Bilan d'hémostase (TP, TCA, plaquettes) durant la grossesse systématiquement demandé à toutes les femmes avant la réalisation d'une péridurale, rachianesthésie ou rachi-péridurale combinée					
oui	91%	89%	87%	73%	87%
non	4%	5%	2%	15%	6%
variable selon l'anesthésiste	5%	6%	11%	12%	7%
répondants	*210*	*140*	*82*	*60*	*492*
Pour les analgésies péridurales, rachi-anesthésies ou péri-rachi combinées					
protocole unique	24%	35%	39%	66%	35%
protocoles différents selon l'anesthésiste	76%	65%	61%	34%	65%
répondants	*210*	*139*	*79*	*59*	*487*
Examens de seconde ligne en cas d'anomalie du rythme cardiaque fœtal décelées durant le travail*					
aucun	72%	50%	39%	8%	52%
lactates au scalp	16%	21%	26%	35%	21%
pH au scalp	4%	9%	7%	22%	8%
lactates et pH au scalp	8%	18%	23%	30%	16%
	2%	6%	7%	13%	5%
dont STAN	2%	5%	7%	13%	5%
répondants	*210*	*140*	*82*	*60*	*492*
pH au cordon juste après l'accouchement					
non, jamais	10%	3%	3%	0%	5%
oui, dans certaines circonstances	6%	2%	7%	3%	5%
oui, systématiquement	84%	95%	90%	97%	90%
répondants	*210*	*140*	*82*	*60*	*492*
Lactates au cordon juste après l'accouchement					
non, jamais	22%	13%	19%	12%	18%
oui, dans certaines circonstances	20%	15%	21%	15%	18%
oui, systématiquement	58%	72%	60%	73%	64%
répondants	*210*	*140*	*82*	*60*	*492*
Programme de réhabilitation précoce post-césarienne					
oui	58%	64%	66%	85%	64%
répondants	*210*	*140*	*82*	*60*	*492*

*Plusieurs réponses possibles.

Lecture : 95 % des maternités de type IIA déclarent faire systématiquement un pH au cordon juste après l'accouchement.

Champ : France métropolitaine.

Source : Enquête nationale périnatale 2016, questionnaire établissements.

► **Tableau 122. Pratiques en salle de naissance selon le type d'autorisation des maternités en 2010**

	Type d'autorisation				Total
	I	IIA	IIB	III	
Pour les analgésies péridurales, rachi-anesthésies ou péri-rachi combinées					
protocole unique	37%	41%	38%	52%	40%
protocoles différents selon l'anesthésiste	63%	59%	62%	48%	60%
répondants	*254*	*119*	*85*	*60*	*518*

Lecture : 37 % des maternités de type IIA déclarent avoir un protocole d'analgésie unique.
Champ : France métropolitaine.
Source : Enquête nationale périnatale 2010, questionnaire établissements.

Tableau 123. Pratiques en salle de naissance selon la taille des maternités en 2016

	Nombre d'accouchements par an						Total
	< 500	500 à 999	1000 à 1499	1500 à 1999	2000 à 3499	≥ 3500	
Bilan d'hémostase (TP, TCA, plaquettes) durant la grossesse systématiquement demandé à toutes les femmes avant la réalisation d'une péridurale, rachianesthésie ou rachi-péridurale combinée							
oui	95%	86%	92%	89%	84%	74%	87%
non	2%	6%	4%	2%	9%	11%	6%
variable selon l'anesthésiste	3%	8%	4%	9%	7%	15%	7%
répondants	*58*	*146*	*98*	*65*	*98*	*27*	*492*
Pour les analgésies péridurales, rachi-anesthésies ou péri-rachi combinées							
protocole unique	19%	24%	29%	43%	52%	67%	35%
protocoles différents selon l'anesthésiste	81%	76%	71%	57%	48%	33%	65%
répondants	*58*	*146*	*96*	*63*	*97*	*27*	*487*
Examen de seconde ligne en cas d'anomalie du rythme cardiaque fœtal décelée durant le travail*							
aucun	78%	76%	48%	32%	31%	15%	52%
lactates au scalp	19%	10%	24%	28%	27%	37%	21%
pH au scalp	0%	3%	12%	8%	11%	30%	8%
lactates et pH au scalp	3%	10%	14%	23%	30%	15%	16%
autres examens	0%	1%	3%	17%	8%	11%	5%
dont STAN	0%	1%	3%	15%	8%	11%	5%
répondants	*58*	*146*	*98*	*65*	*98*	*27*	*492*
pH au cordon juste après l'accouchement							
non, jamais	16%	7%	4%	0%	3%	0%	5%
oui, dans certaines circonstances	5%	7%	4%	5%	3%	4%	5%
oui, systématiquement	79%	86%	92%	95%	94%	96%	90%
répondants	*58*	*146*	*98*	*65*	*98*	*27*	*492*
Lactates au cordon juste après l'accouchement							
non, jamais	22%	23%	20%	8%	14%	8%	18%
oui, dans certaines circonstances	21%	19%	22%	15%	13%	22%	18%
oui, systématiquement	57%	58%	58%	77%	73%	70%	64%
répondants	*58*	*146*	*98*	*65*	*98*	*27*	*492*
Programme de réhabilitation précoce post-césarienne							
oui	47%	59%	53%	74%	83%	85%	64%
répondants	*58*	*146*	*98*	*65*	*98*	*27*	*492*

*Plusieurs réponses possibles.

Lecture : 79 % des maternités de moins de 500 accouchements par an déclarent faire systématiquement un pH au cordon juste après l'accouchement.

Champ : France métropolitaine.

Source : Enquête nationale périnatale 2016, questionnaire établissements.

Tableau 124. Pratiques en salle de naissance selon la taille des maternités en 2010

	Nombre d'accouchements par an					Total
	< 500	500 à 999	1000 à 1499	1500 à 1999	≥ 2000	
Pour les analgésies péridurales, rachi-anesthésies ou péri-rachi combinées						
protocole unique	40%	38%	35%	37%	48%	40%
protocoles différents selon l'anesthésiste	60%	62%	65%	63%	52%	60%
répondants	*50*	*145*	*128*	*63*	*132*	*518*

Lecture : 40 % des maternités de moins de 500 accouchements par an déclarent avoir un protocole d'analgésie unique.
Champ : France métropolitaine.
Source : Enquête nationale périnatale 2010, questionnaire établissements.

► **Tableau 125. Formation continue et évaluation des pratiques selon le type d'autorisation des maternités en 2016**

	Type d'autorisation				Total
	I	IIA	IIB	III	
Au cours des 12 derniers mois, séances de formation en équipe (équipe obstétricale), sous la forme de jeux de rôle ou de simulations, pour la gestion des situations d'urgence					
oui	60%	56%	54%	62%	58%
répondants	*210*	*140*	*82*	*60*	*492*
Revues de morbi-mortalité pluridisciplinaires multiprofessionnelles obstétricales*					
non	8%	3%	6%	0%	5%
oui en interne	78%	86%	85%	90%	83%
oui avec d'autres maternités appartenant au réseau	52%	51%	55%	57%	53%
répondants	*209*	*140*	*82*	*60*	*491*
Réunions de services régulières spécifiques pour évaluer une ou des pratiques ciblées					
oui	61%	66%	67%	70%	65%
répondants	*210*	*140*	*82*	*60*	*492*

*Plusieurs réponses possibles.

Lecture : 3 % des maternités de type IIA déclarent ne pas faire de revue de morbi-mortalité.

Champ : France métropolitaine.

Source : Enquête nationale périnatale 2016, questionnaire établissements.

Tableau 126. Formation continue et évaluation des pratiques selon la taille des maternités en 2016

	Nombre d'accouchements par an						Total
	< 500	500 à 999	1000 à 1499	1500 à 1999	2000 à 3499	≥ 3500	
Au cours des 12 derniers mois, séances de formation en équipe (équipe obstétricale), sous la forme de jeux de rôle ou de simulations, pour la gestion des situations d'urgence							
oui	64%	59%	48%	65%	57%	67%	58%
répondants	*58*	*146*	*98*	*65*	*98*	*27*	*492*
Revues de morbi-mortalité pluridisciplinaires multiprofessionnelles obstétricales*							
non	14%	8%	3%	0%	3%	0%	5%
oui en interne	72%	77%	83%	91%	90%	96%	83%
oui avec d'autres maternités appartenant au réseau	49%	49%	57%	58%	51%	56%	53%
répondants	*57*	*146*	*98*	*65*	*98*	*27*	*491*
Réunions de services régulières spécifiques pour évaluer une ou des pratiques ciblées							
oui	50%	63%	67%	66%	67%	81%	65%
répondants	*58*	*146*	*98*	*65*	*98*	*27*	*492*

*Plusieurs réponses possibles.

Lecture : 14 % des maternités de moins de 500 accouchements déclarent ne pas faire de revue de morbi-mortalité.

Champ : France métropolitaine.

Source : Enquête nationale périnatale 2016, questionnaire établissements.

Tableau 127. Prise en charge prénatale selon le type d'autorisation des maternités en 2016

	Type d'autorisation				Total
	I	IIA	IIB	III	
Utilisation d'un dossier médical informatisé dès le premier contact					
oui	37%	46%	39%	47%	41%
répondants	*209*	*138*	*82*	*60*	*489*
Si oui, dossier commun au réseau de santé en périnatalité					
oui	10%	19%	13%	11%	14%
répondants	*77*	*63*	*32*	*27*	*199*
Organisation de consultations prénatales dans la maternité					
oui	91%	91%	99%	100%	93%
répondants	*210*	*140*	*82*	*60*	*492*
Si oui, périodes de la grossesse où ces consultations sont systématiquement proposées*					
une fois en début de grossesse, puis au 3ème trimestre	9%	12%	16%	35%	14%
uniquement au 3ème trimestre	43%	43%	43%	42%	43%
intégralité du suivi prénatal dans l'établissement	79%	73%	73%	75%	76%
autres cas	8%	13%	14%	7%	10%
répondants	*190*	*127*	*81*	*60*	*458*
Terme proposé pour le début du suivi du 3ème trimestre, en semaines d'aménorrhée					
<28	1%	2%	3%	0%	2%
28-30	7%	15%	15%	16%	12%
31-32	31%	40%	39%	47%	37%
33-34	19%	26%	26%	21%	23%
≥34	42%	17%	17%	16%	26%
répondants	*94*	*60*	*43*	*41*	*238*
Consultations réalisées par des sages-femmes de la maternité					
oui	94%	96%	99%	100%	96%
répondants	*210*	*140*	*82*	*60*	*492*
Si oui, nature des consultations*					
suivi de grossesse	69%	74%	89%	100%	78%
surveillance rapprochée	96%	96%	99%	97%	96%
autre **	21%	22%	29%	27%	23%
répondants	*195*	*134*	*80*	*60*	*469*

*Plusieurs réponses possibles.

**Les cas "autre" concernent essentiellement l'acupuncture, la tabacologie et l'allaitement.

Lecture : 25 % des maternités de type IIA déclarent proposer systématiquement des consultations uniquement au troisième trimestre de grossesse ou pendant l'intégralité de la grossesse en fonction des femmes.

Champ : France métropolitaine.

Source : Enquête nationale périnatale 2016, questionnaire établissements.

Tableau 128. Prise en charge prénatale selon le type d'autorisation des maternités en 2010

	Type d'autorisation				Total
	I	IIA	IIB	III	
Utilisation d'un dossier médical informatisé dès le premier contact					
oui	16%	31%	26%	33%	23%
répondants	*258*	*119*	*86*	*61*	*524*
Si oui, dossier commun au réseau de santé en périnatalité					
oui	33%	35%	18%	26%	30%
Organisation de consultations prénatales dans la maternité					
oui	88%	89%	95%	100%	91%
répondants	*258*	*119*	*86*	*62*	*525*
Si oui, consultations proposées à :					
toutes les femmes pour toute la grossesse	58%	46%	43%	40%	51%
toutes les femmes pour une partie de la grossesse	23%	31%	37%	52%	31%
une partie des femmes	19%	23%	20%	8%	18%
répondants	*221*	*106*	*81*	*62*	*470*
Consultations réalisées par des sages-femmes de la maternité					
oui	75%	85%	90%	98%	82%
répondants	*256*	*118*	*86*	*62*	*522*

Lecture : 46 % des maternités de type IIA déclarent organiser des consultations prénatales pour toutes les femmes durant toute leur grossesse.
Champ : France métropolitaine.
Source : Enquête nationale périnatale 2010, questionnaire établissements.

Tableau 129. Prise en charge prénatale selon la taille des maternités en 2016

	Nombre d'accouchements par an						Total
	<500	500 à 999	1000 à 1499	1500 à 1999	2000 à 3499	≥3500	
Utilisation d'un dossier médical informatisé dès le premier contact							
oui	*30%*	*40%*	*40%*	*41%*	*49%*	*48%*	*41%*
répondants	*57*	*146*	*98*	*63*	*98*	*27*	*489*
Si oui, dossier commun au réseau de santé en périnatalité							
oui	18%	17%	13%	12%	9%	15%	14%
répondants	*17*	*58*	*38*	*26*	*47*	*13*	*199*
Organisation de consultations prénatales dans la maternité							
oui	100%	95%	89%	89%	94%	96%	93%
répondants	*58*	*146*	*98*	*65*	*98*	*27*	*492*
Si oui, périodes de la grossesse où ces consultations sont systématiquement proposées*							
une fois en début de grossesse, puis au 3ème trimestre	10%	7%	6%	14%	27%	50%	14%
uniquement au 3ème trimestre	43%	42%	38%	47%	48%	35%	43%
intégralité du suivi prénatal dans l'établissement	81%	78%	82%	74%	66%	69%	76%
autres cas	7%	9%	11%	12%	12%	4%	10%
répondants	*58*	*137*	*87*	*58*	*92*	*26*	*458*
Terme recommandé pour le début du suivi du 3ème trimestre, en semaines d'aménorrhée							
<28	0%	0%	0%	7%	3%	0%	2%
28-30	0%	10%	9%	17%	21%	21%	13%
31-32	31%	31%	46%	33%	38%	47%	37%
33-34	24%	24%	14%	17%	17%	16%	19%
≥34	45%	35%	31%	26%	21%	16%	29%
répondants	*29*	*62*	*35*	*30*	*63*	*19*	*238*
Consultations réalisées par des sages-femmes de la maternité							
oui	97%	97%	93%	95%	99%	96%	96%
répondants	*58*	*146*	*98*	*65*	*98*	*27*	*492*
Si oui, nature des consultations*							
suivi de grossesse	79%	77%	74%	79%	85%	92%	79%
surveillance rapprochée	91%	98%	95%	105%	102%	100%	98%
autre **	19%	20%	23%	40%	26%	15%	24%
répondants	*56*	*140*	*89*	*62*	*96*	*26*	*469*

*Plusieurs réponses possibles.

*Les cas "autre" concernent essentiellement l'allaitement, l'acupuncture, la tabacologie.

Lecture : 29 % des maternités de moins de 500 accouchements par an déclarent proposer systématiquement des consultations uniquement au troisième trimestre de grossesse ou pendant l'intégralité de la grossesse en fonction des femmes.

Champ : France métropolitaine.

Source : Enquête nationale périnatale 2016, questionnaire établissements.

Tableau 130. Prise en charge prénatale selon la taille des maternités en 2010

	Nombre d'accouchements par an					Total
	<500	500 à 999	1000 à 1499	1500 à 1999	≥2000	
Utilisation d'un dossier médical informatisé dès le premier contact						
oui	20%	16%	24%	25%	31%	23%
répondants	*51*	*149*	*128*	*63*	*134*	*525*
Si oui, dossier commun au réseau de santé en périnatalité						
oui	50%	46%	35%	13%	20%	30%
Organisation de consultations prénatales dans la maternité						
oui	90%	92%	89%	90%	91%	91%
répondants	*51*	*149*	*128*	*63*	*135*	*526*
Si oui, consultations proposées à :						
toutes les femmes pour toute la grossesse	78%	56%	48%	53%	36%	51%
toutes les femmes pour une partie de la grossesse	13%	22%	25%	35%	51%	31%
une partie des femmes	9%	22%	26%	13%	13%	18%
répondants	*45*	*134*	*114*	*55*	*123*	*471*
Consultations réalisées par des sages-femmes de la maternité						
oui	76%	79%	82%	84%	88%	82%
répondants	*51*	*148*	*126*	*63*	*135*	*523*

Lecture : 78 % des maternités de moins de 500 accouchements par an déclarent organiser des consultations prénatales pour toutes les femmes durant toute leur grossesse.
Champ : France métropolitaine.
Source : Enquête nationale périnatale 2010, questionnaire établissements.

Tableau 131. Prise en charge prénatale selon le type d'autorisation des maternités en 2016 – préparations et entretiens

	Type d'autorisation				Total
	I	IIA	IIB	III	
Séances de préparation à la naissance et à la parentalité (PNP) dans la maternité					
oui	88%	88%	89%	86%	88%
répondants	*208*	*138*	*82*	*59*	*487*
Si oui, PNP réalisée par					
des sages-femmes de la maternité	70%	71%	75%	84%	73%
des sages-femmes extérieures	19%	17%	10%	8%	16%
les deux	11%	12%	15%	8%	11%
répondants	*175*	*118*	*71*	*50*	*414*
Si séances de PNP, possibilité d'accueil de toutes les femmes qui le souhaitent					
oui	91%	72%	68%	51%	76%
répondants	*179*	*116*	*71*	*51*	*417*
Réalisation de l'entretien prénatal précoce (EPP) du 4ème mois à l'intérieur de la maternité					
oui	83%	85%	86%	91%	85%
répondants	*208*	*138*	*81*	*58*	*485*
Si oui, réalisation de l'EPP par					
des sages-femmes de la maternité uniquement	76%	79%	85%	96%	81%
des gynécologues obstétriciens uniquement	2%	1%	0%	0%	1%
d'autres professionnels uniquement*	15%	11%	6%	2%	11%
des sages-femmes et d'autres personnes	7%	9%	9%	2%	7%
dont sages-femmes et gynécologues	3%	2%	4%	2%	3%
dont sages-femmes et autres professionnels	4%	7%	4%	0%	4%
répondants	*169*	*116*	*69*	*52*	*406*
Si oui, consignes d'orientation formalisées pour adresser les femmes vers une prise en charge adaptée					
oui	82%	83%	88%	86%	84%
répondants	*176*	*120*	*74*	*56*	*426*

*Essentiellement des sages-femmes libérales.

Lecture : 83 % des maternités de type IIA qui déclarent réaliser l'entretien précoce du 4e mois à l'intérieur de la maternité rapportent avoir des consignes d'orientation formalisées pour adresser certaines femmes vers une prise en charge adaptée.

Champ : France métropolitaine.

Source : Enquête nationale périnatale 2016, questionnaire établissements.

Tableau 132. Prise en charge prénatale selon le type d'autorisation des maternités en 2010 – préparations et entretiens

	Type d'autorisation				Total
	I	IIA	IIB	III	
Séances de préparation à la naissance et à la parentalité (PNP) dans la maternité					
oui	89%	91%	91%	87%	89%
répondants	*256*	*119*	*86*	*62*	*523*
Si oui, PNP réalisée par					
des sages-femmes de la maternité	66%	65%	74%	90%	70%
des sages-femmes extérieures	20%	16%	7%	2%	15%
les deux	14%	19%	19%	8%	15%
répondants	*218*	*106*	*73*	*52*	*449*
Si séances de PNP, possibilité d'accueil de toutes les femmes qui le souhaitent					
oui	83%	79%	60%	42%	74%
répondants	*240*	*107*	*78*	*55*	*480*
Réalisation de l'entretien prénatal précoce (EPP) du 4ème mois à l'intérieur de la maternité					
oui	82%	82%	74%	81%	80%
répondants	*255*	*119*	*86*	*62*	*522*
Si oui, réalisation de l'EPP par					
des sages-femmes de la maternité	82%	81%	95%	94%	85%
des gynécologues obstétriciens	3%	1%	0%	0%	2%
les deux	4%	6%	5%	2%	4%
d'autres personnes	11%	12%	0%	4%	9%
répondants	*204*	*97*	*64*	*50*	*415*

Lecture : 81 % des maternités de type IIA qui déclarent réaliser l'entretien précoce du 4e mois à l'intérieur de la maternité rapportent qu'il est exclusivement réalisé par des sages-femmes de la maternité.

Champ : France métropolitaine.

Source : enquête nationale périnatale 2010, questionnaire établissements.

Tableau 133. Prise en charge prénatale selon la taille des maternités en 2016 - préparations et entretiens

	Nombre d'accouchements par an						Total
	<500	500 à 999	1000 à 1499	1500 à 1999	2000 à 3499	≥3500	
Séances de préparation à la naissance et à la parentalité (PNP) dans la maternité							
oui	91%	91%	90%	86%	84%	81%	88%
répondants	*58*	*142*	*98*	*65*	*98*	*26*	*487*
Si oui, PNP réalisée par							
des sages-femmes de la maternité	84%	73%	75%	66%	67%	75%	73%
des sages-femmes extérieures	12%	16%	13%	14%	20%	20%	16%
les deux	4%	11%	12%	20%	13%	5%	11%
répondants	*51*	*124*	*84*	*56*	*79*	*20*	*414*
Si séances de PNP, possibilité d'accueil de toutes les femmes qui le souhaitent							
oui	96%	87%	81%	72%	53%	48%	76%
répondants	*52*	*128*	*84*	*53*	*79*	*21*	*417*
Réalisation de l'entretien prénatal précoce (EPP) du 4ème mois à l'intérieur de la maternité							
oui	89%	87%	89%	77%	83%	80%	85%
répondants	*57*	*145*	*97*	*65*	*96*	*25*	*485*
Si oui, réalisation de l'EPP par							
des sages-femmes de la maternité uniquement	82%	81%	78%	76%	87%	85%	81%
des gynécologues obstétriciens uniquement	2%	2%	1%	0%	0%	0%	1%
d'autres professionnels uniquement*	8%	12%	13%	10%	10%	0%	11%
des sages-femmes et d'autres personnes	8%	5%	8%	14%	3%	15%	7%
dont sages-femmes et gynécologues	4%	2%	4%	2%	1%	10%	3%
dont sages-femmes et autres professionnels	4%	3%	5%	12%	1%	5%	4%
répondants	*50*	*122*	*85*	*50*	*79*	*20*	*406*
Si oui, consignes d'orientation formalisées pour adresser les femmes vers une prise en charge adaptée							
oui	73%	86%	80%	88%	89%	75%	84%
répondants	*52*	*128*	*87*	*52*	*83*	*24*	*426*

*Essentiellement des sages-femmes libérales.

Lecture : 73 % des maternités de moins de 500 accouchements par an qui déclarent réaliser l'entretien précoce du 4e mois à l'intérieur de la maternité rapportent avoir des consignes d'orientation formalisées pour adresser certaines femmes vers une prise en charge adaptée.

Champ : France métropolitaine.

Source : enquête nationale périnatale 2016, questionnaire établissements.

Tableau 134. Prise en charge prénatale selon la taille des maternités en 2010 - préparations et entretiens

	Nombre d'accouchements par an					Total
	<500	500 à 999	1000 à 1499	1500 à 1999	≥2000	
Séances de préparation à la naissance et à la parentalité (PNP) dans la maternité						
oui	84%	93%	91%	92%	84%	89%
répondants	*50*	*148*	*128*	*63*	*135*	*524*
Si oui, PNP réalisée par						
des sages-femmes de la maternité	83%	72%	65%	66%	71%	70%
des sages-femmes extérieures	10%	17%	14%	11%	15%	15%
les deux	7%	11%	21%	23%	14%	15%
répondants	*41*	*133*	*111*	*53*	*112*	*450*
Si séances de PNP, possibilité d'accueil de toutes les femmes qui le souhaitent						
oui	89%	81%	78%	68%	58%	74%
répondants	*44*	*142*	*121*	*59*	*115*	*481*
Réalisation de l'entretien prénatal précoce (EPP) du 4ème mois à l'intérieur de la maternité						
oui	84%	85%	80%	83%	73%	80%
répondants	*51*	*147*	*127*	*63*	*135*	*523*
Si oui, réalisation de l'EPP par						
des sages-femmes de la maternité	90%	83%	86%	78%	85%	85%
des gynécologues obstétriciens	5%	3%	3%	2%	0%	2%
les deux	0%	3%	3%	8%	7%	4%
d'autres personnes	5%	11%	8%	12%	8%	9%
répondants	*41*	*123*	*101*	*50*	*100*	*415*

Lecture : 90 % des maternités de moins de 500 accouchements par an qui déclarent réaliser l'entretien précoce du 4e mois à l'intérieur de la maternité rapportent qu'il est exclusivement réalisé par des sages-femmes de la maternité.

Champ : France métropolitaine.

Source : enquête nationale périnatale 2010, questionnaire établissements.

Tableau 135. Aide à l'allaitement et préparation de la sortie selon le type d'autorisation des maternités en 2016

	Type d'autorisation				Total
	I	IIA	IIB	III	
Présence d'une personne référente pour l'aide à l'allaitement dans le service*					
non	46%	29%	20%	17%	33%
une consultante en lactation certifiée IBCLC appartenant à l'équipe de la maternité	30%	35%	46%	50%	36%
une autre personne de l'équipe de la maternité avec une formation spécifique (DIU ou DU)	22%	34%	39%	52%	32%
une autre personne	12%	17%	17%	12%	14%
répondants	*210*	*140*	*82*	*60*	*492*
Si oui, possibilité pour la mère de la contacter ou de la consulter après la sortie de la maternité					
oui	88%	86%	74%	82%	84%
répondants	*111*	*99*	*65*	*50*	*325*
Information systématique des femmes pendant leur grossesse sur l'organisation des sorties définie par l'établissement					
oui, remise d'un document écrit uniquement	35%	35%	22%	28%	32%
oui, information orale uniquement	24%	31%	35%	40%	30%
oui, information orale et écrite	34%	27%	38%	30%	32%
non ou pas de manière systématique	7%	7%	5%	2%	6%
répondants	210	140	82	60	492
Fiche de liaison "maternité/ville" systématiquement remise à la femme lors de sa sortie de la maternité ou transmise à la sage-femme ou au médecin qui assurera le suivi post-natal					
oui	61%	56%	62%	78%	62%
répondants	*210*	*140*	*82*	*60*	*492*
Si oui, sur cette fiche, mention des coordonnées d'un professionnel de la maternité que la sage-femme ou le médecin peut contacter si nécessaire					
oui	70%	66%	73%	62%	68%
répondants	*128*	*79*	*51*	*47*	*305*
Au cours de l'année 2015, fréquence des femmes sans hébergement à la sortie de la maternité					
jamais	69%	42%	21%	8%	46%
moins d'une fois par mois	27%	49%	53%	32%	38%
une à plusieurs fois par mois	4%	8%	23%	47%	14%
une à plusieurs fois par semaine	0%	1%	3%	13%	2%
répondants	210	138	81	60	489

*Plusieurs réponses possibles, à la différence de 2010.

Lecture : 29 % des maternités de type IIA déclarent ne pas avoir de personne référente pour l'allaitement.

Champ : France métropolitaine.

Source : Enquête nationale périnatale 2016, questionnaire établissements.

Tableau 136. Aide à l'allaitement selon le type d'autorisation des maternités en 2010

	Type d'autorisation				Total
	I	IIA	IIB	III	
Présence d'une personne référente pour l'aide à l'allaitement dans le service*					
non	45%	32%	38%	23%	38%
une consultante en lactation appartenant à l'équipe de la maternité	27%	34%	29%	55%	33%
une autre personne appartenant à l'équipe de la maternité	21%	27%	24%	11%	21%
une autre personne	7%	7%	9%	11%	8%
répondants	*256*	*119*	*85*	*62*	*522*
Si oui, possibilité pour la mère de la contacter ou de la consulter après la sortie de la maternité					
oui	86%	79%	84%	85%	83%
répondants	*138*	*80*	*49*	*46*	*313*

*Une seule réponse possible, à la différence de 2016.

Lecture : 32 % des maternités de type IIA déclarent en pas avoir de personne référente pour l'allaitement.

Champ : France métropolitaine.

Source : Enquête nationale périnatale 2010, questionnaire établissements.

Tableau 137. Aide à l'allaitement et préparation de la sortie selon la taille des maternités en 2016

	Nombre d'accouchements par an						Total
	< 500	500 à 999	1000 à 1499	1500 à 1999	2000 à 3499	≥ 3500	
Présence d'une personne référente pour l'aide à l'allaitement dans le service*							
non	57%	41%	35%	25%	17%	15%	33%
une consultante en lactation certifiée IBCLC appartenant à l'équipe de la maternité	16%	33%	33%	54%	43%	48%	36%
une autre personne de l'équipe de la maternité avec une formation spécifique (DIU ou DU)	21%	21%	33%	31%	45%	67%	32%
une autre personne	9%	17%	12%	18%	12%	15%	14%
répondants	*58*	*146*	*98*	*65*	*98*	*27*	*492*
Si oui, possibilité pour la mère de la contacter ou de la consulter après la sortie de la maternité							
oui	96%	88%	87%	88%	75%	65%	84%
répondants	*25*	*86*	*61*	*49*	*81*	*23*	*325*
Information systématique des femmes pendant leur grossesse sur l'organisation des sorties définie par l'établissement							
oui, remise d'un document écrit uniquement	41%	36%	32%	25%	31%	18%	32%
oui, information orale uniquement	21%	24%	28%	34%	34%	56%	30%
oui, information orale et écrite	38%	34%	31%	37%	26%	26%	32%
non ou pas de manière systématique	0%	6%	9%	4%	9%	0%	6%
répondants	58	146	98	65	98	27	492
Fiche de liaison "maternité/ville" systématiquement remise à la femme lors de sa sortie de la maternité ou transmise à la sage-femme ou au médecin qui assurera le suivi post-natal							
oui	60%	65%	60%	49%	67%	67%	62%
répondants	*58*	*146*	*98*	*65*	*98*	*27*	*492*
Si oui, sur cette fiche, mention des coordonnées d'un professionnel de la maternité que la sage-femme ou le médecin peut contacter si nécessaire							
oui	69%	69%	68%	66%	70%	56%	68%
répondants	*35*	*95*	*59*	*32*	*66*	*18*	*305*
Au cours de l'année 2015, fréquence des femmes sans hébergement à la sortie de la maternité							
jamais	83%	67%	48%	29%	13%	4%	46%
moins d'une fois par mois	17%	30%	45%	57%	48%	22%	38%
une à plusieurs fois par mois	0%	3%	7%	14%	33%	52%	14%
une à plusieurs fois par semaine	0%	0%	0%	0%	6%	22%	2%
répondants	58	145	97	65	97	27	489

*Plusieurs réponses possibles, à la différence de 2010.

Lecture : 57 % des maternités de moins de 500 accouchements par an déclarent ne pas avoir de personne référente pour l'allaitement.

Champ : France métropolitaine.

Source : Enquête nationale périnatale 2016, questionnaire établissements.

Tableau 138. Aide à l'allaitement selon la taille des maternités en 2010

	Nombre d'accouchements par an					Total
	< 500	500 à 999	1000 à 1499	1500 à 1999	≥ 2000	
Présence d'une personne référente pour l'aide à l'allaitement dans le service*						
non	55%	43%	38%	24%	32%	38%
une consultante en lactation appartenant à l'équipe de la maternité	27%	28%	26%	39%	43%	33%
une autre personne appartenant à l'équipe de la maternité	12%	22%	26%	24%	19%	21%
une autre personne	6%	7%	10%	13%	6%	8%
répondants	*51*	*147*	*128*	*63*	*134*	*522*
Si oui, possibilité pour la mère de la contacter ou de la consulter après la sortie de la maternité						
oui	83%	90%	77%	87%	80%	83%
répondants	*23*	*81*	*77*	*47*	*86*	*313*

*Une seule réponse possible, à la différence de 2016.

Lecture : 55 % des maternités de moins de 500 accouchements par an déclarent ne pas avoir de personne référente pour l'allaitement.

Champ : France métropolitaine.

Source : Enquête nationale périnatale 2010, questionnaire établissements.

Tableau 139. Accueil des femmes et prises en charge spécifiques selon le type d'autorisation des maternités en 2016

	Type d'autorisation				Total
	I	IIA	IIB	III	
Consultation en tabacologie*					
dans le service	28%	33%	37%	58%	35%
dans l'hôpital	38%	44%	55%	38%	42%
non	34%	23%	8%	4%	23%
répondants	*209*	*140*	*82*	*60*	*491*
Consultation en alcoologie*					
dans le service	3%	6%	5%	15%	6%
dans l'hôpital	44%	57%	71%	78%	56%
non	53%	37%	24%	7%	38%
répondants	*210*	*140*	*82*	*60*	*492*
Consultation en addictologie*					
dans le service	6%	12%	11%	27%	11%
dans l'hôpital	44%	55%	70%	72%	55%
non	50%	33%	19%	1%	34%
répondants	*210*	*140*	*82*	*60*	*492*
Existence d'un dispositif pour faciliter la prise en charge des femmes en situation précaire ou vulnérable**					
non	27%	13%	9%	3%	17%
PASS*** systématique	22%	29%	46%	58%	32%
PASS*** non systématique	14%	24%	31%	30%	22%
autre dispositif	49%	54%	55%	53%	52%
dont staff pluridisciplinaire (pouvant inclure la PMI)	30%	39%	43%	40%	36%
dont PMI hors staff	11%	5%	5%	3%	7%
répondants	*207*	*140*	*80*	*60*	*487*

*En raison de formulation différente des modalités de réponses en 2010 et en 2016 pour ces items, les chiffres rapportés pour 2010 ne sont pas comparables à ceux rapportés pour 2016 (certaines maternités avec une consultation dans l'établissement en 2010 ont pu rapporter avoir une consultation dans le service).

**Plusieurs réponses possibles.

***Permanence d'accès aux soins de santé.

Lecture : 44 % des maternités de type IIA déclarent faire des consultations en tabacologie dans l'hôpital (en dehors de la maternité)

Champ : France métropolitaine.

Source : Enquête nationale périnatale 2016, questionnaire établissements.

► **Tableau 140. Accueil des femmes et prises en charge spécifiques selon le type d'autorisation des maternités en 2010**

	Type d'autorisation				Total
	I	IIA	IIB	III	
Consultation en tabacologie dans le service*					
	42%	47%	66%	77%	51%
répondants	*256*	*118*	*86*	*61*	*521*
Consultation en alcoologie dans le service*					
	12%	19%	25%	20%	17%
répondants	*256*	*116*	*85*	*61*	*518*
Consultation en addictologie dans le service*					
	13%	20%	32%	26%	19%
répondants	*255*	*116*	*85*	*61*	*517*

*En raison de formulation différente des modalités de réponses en 2010 et en 2016 pour ces items, les chiffres rapportés pour 2010 ne sont pas comparables à ceux rapportés pour 2016 (certaines maternités avec une consultation dans l'établissement en 2010 ont pu rapporter avoir une consultation dans le service) .

Lecture : 47% des maternités de type IIA déclarent faire des consultations en tabacologie dans le service.

Champ : France métropolitaine.

Source : Enquête nationale périnatale 2010, questionnaire établissements.

Tableau 141. Accueil des femmes et prises en charge spécifiques selon la taille des maternités en 2016

	Nombre d'accouchements par an						Total
	<500	500 à 999	1000 à 1499	1500 à 1999	2000 à 3499	≥3500	
Consultation en tabacologie*							
dans le service	25%	27%	40%	31%	45%	52%	35%
dans l'hôpital	42%	48%	38%	45%	40%	37%	42%
non	33%	25%	22%	24%	15%	11%	23%
répondants	*57*	*146*	*98*	*65*	*98*	*27*	*491*
Consultation en alcoologie*							
dans le service	3%	5%	6%	2%	10%	11%	6%
dans l'hôpital	54%	57%	51%	55%	58%	70%	56%
non	43%	38%	43%	43%	32%	19%	38%
répondants	*58*	*146*	*98*	*65*	*98*	*27*	*492*
Consultation en addictologie*							
dans le service	5%	8%	11%	5%	18%	30%	11%
dans l'hôpital	52%	56%	53%	55%	56%	55%	55%
non	43%	36%	36%	40%	26%	15%	34%
répondants	*58*	*146*	*98*	*65*	*98*	*27*	*492*
Existence d'un dispositif pour faciliter la prise en charge des femmes en situation précaire ou vulnérable**							
non	30%	20%	15%	14%	13%	4%	17%
PASS*** systématique	20%	24%	29%	38%	47%	48%	32%
PASS*** non systématique	14%	23%	25%	23%	18%	26%	22%
autre dispositif	45%	50%	54%	46%	57%	59%	52%
dont staff pluridisciplinaire (pouvant inclure la PMI)	25%	34%	41%	34%	40%	44%	36%
dont PMI hors staff	13%	8%	9%	3%	7%	0%	7%
répondants	*56*	*145*	*96*	*65*	*98*	*27*	*487*

*En raison de formulation différente des modalités de réponses en 2010 et en 2016 pour ces items, les chiffres rapportés pour 2010 ne sont pas comparables à ceux rapportés pour 2016 (certaines maternités avec une consultation dans l'établissement en 2010 ont pu rapporter avoir une consultation dans le service).

**Plusieurs réponses possibles.

*** Permanence d'accès aux soins de santé

Lecture : 42 % des maternités de moins de 500 accouchements par an déclarent faire des consultations en tabacologie dans l'hôpital (en dehors de la maternité).

Champ : France métropolitaine.

Source : Enquête nationale périnatale 2016, questionnaire établissements.

► **Tableau 142. Accueil des femmes et prises en charge spécifiques selon la taille de la maternité en 2010**

	Nombre d'accouchements par an					Total
	<500	500 à 999	1000 à 1499	1500 à 1999	≥2000	
Consultation en tabacologie dans le service*						
oui	39%	45%	45%	54%	68%	51%
répondants	*51*	*148*	*128*	*63*	*132*	*522*
Consultation en alcoologie dans le service*						
oui	25%	12%	12%	16%	25%	17%
répondants	*51*	*148*	*128*	*63*	*129*	*519*
Consultation en addictologie dans le service*						
oui	25%	11%	13%	22%	31%	19%
répondants	*51*	*147*	*128*	*63*	*129*	*518*

*En raison de formulation différente des modalités de réponses en 2010 et en 2016 pour ces items, les chiffres rapportés pour 2010 ne sont pas comparables à ceux rapportés pour 2016 (certaines maternités avec une consultation dans l'établissement en 2010 ont pu rapporter avoir une consultation dans le service).

Lecture : 39 % des maternités de moins de 500 accouchements par an déclarent faire des consultations en tabacologie dans le service.

Champ : France métropolitaine.

Source : Enquête nationale périnatale 2010, questionnaire établissements.

Tableau 143. Équipes soignantes selon le type d'autorisation des maternités en 2016, psychiatres, psychologues, assistants de service social

	Type d'autorisation				Total
	I	IIA	IIB	III	
Recours à un(e) psychiatre ou pédo-psychiatre					
non	33%	13%	10%	0%	19%
appartenant au service ou extérieur au service dans un cadre formalisé	31%	49%	56%	83%	47%
extérieur au service, intervenant au coup par coup	36%	38%	34%	17%	34%
répondants	*209*	*140*	*82*	*60*	*491*
Recours à un(e) psychologue					
non	2%	2%	2%	0%	2%
appartenant au service	46%	64%	78%	90%	62%
extérieur au service, dans un cadre formalisé	38%	32%	17%	10%	29%
extérieur au service, intervenant au coup par coup	14%	2%	3%	0%	7%
répondants	*209*	*140*	*82*	*60*	*491*
Recours à un(e) assistant(e) de service social					
non	14%	9%	1%	0%	9%
dédié(e) au service	18%	42%	61%	85%	40%
dans l'établissement mais non dédié(e) au service	68%	49%	38%	15%	51%
répondants	*209*	*140*	*82*	*60*	*491*

Lecture : 49 % des maternités de type IIA déclarent recourir de manière formalisée à un(e) psychiatre ou pédo-psychiatre.
Champ : France métropolitaine.
Source : Enquête nationale périnatale 2016, questionnaire établissements.

► **Tableau 144. Équipes soignantes selon le type d'autorisation des maternités en 2010, psychiatres, psychologues**

	Type d'autorisation				Total
	I	IIA	IIB	III	
Recours à un(e) psychiatre ou pédo-psychiatre					
non	28%	17%	12%	1%	20%
appartenant au service ou extérieur au service dans un cadre formalisé	30%	48%	62%	79%	45%
extérieur au service, intervenant au coup par coup	42%	35%	26%	20%	35%
répondants	*258*	*119*	*85*	*61*	*523*
Recours à un(e) psychologue					
non	5%	3%	2%	0%	3%
appartenant au service	44%	67%	73%	90%	60%
extérieur au service, dans un cadre formalisé	40%	24%	21%	10%	30%
extérieur au service, intervenant au coup par coup	11%	6%	4%	0%	7%
répondants	*258*	*119*	*86*	*61*	*525*

Lecture : 48 % des maternités de type IIA déclarent recourir à un(e) psychiatre ou pédo-psychiatre appartenant au service ou dans un cadre formalisé.

Champ : France métropolitaine.

Source : Enquête nationale périnatale 2016, questionnaire établissements.

Tableau 145. Équipes soignantes selon la taille des maternités en 2016, psychiatres, psychologues, assistants de service social

	Nombre d'accouchements par an						Total
	<500	500 à 999	1000 à 1499	1500 à 1999	2000 à 3499	≥3500	
Recours à un(e) psychiatre ou pédo-psychiatre							
non	22%	27%	21%	17%	9%	0%	19%
appartenant au service ou extérieur au service dans un cadre formalisé	33%	41%	39%	43%	65%	81%	47%
extérieur au service, intervenant au coup par coup	45%	32%	40%	40%	26%	19%	34%
répondants	*58*	*145*	*98*	*65*	*98*	*27*	*491*
Recours à un(e) psychologue							
non	2%	4%	0%	1%	0%	0%	2%
appartenant au service	22%	55%	60%	68%	88%	85%	62%
extérieur au service, dans un cadre formalisé	43%	35%	35%	28%	12%	15%	29%
extérieur au service, intervenant au coup par coup	33%	6%	5%	3%	0%	0%	7%
répondants	*58*	*145*	*98*	*65*	*98*	*27*	*491*
Recours à un(e) assistant(e) de service social							
non	9%	12%	9%	6%	6%	4%	9%
dédié(e) au service	15%	25%	35%	49%	64%	85%	40%
dans l'établissement mais non dédié(e) au service	76%	63%	56%	45%	30%	11%	51%
répondants	*58*	*145*	*98*	*65*	*98*	*27*	*491*

Lecture : 33 % des maternités de moins de 500 accouchements par an déclarent recourir de manière formalisée à un(e) psychiatre ou pédo-psychiatre.
Champ : France métropolitaine.
Source : Enquête nationale périnatale 2016, questionnaire établissements.

Tableau 146. Équipes soignantes selon la taille des maternités en 2010, psychiatres, psychologues

	Nombre d'accouchements par an					Total
	<500	500 à 999	1000 à 1499	1500 à 1999	≥2000	
Recours à un(e) psychiatre ou pédo-psychiatre						
non	29%	21%	27%	21%	8%	20%
appartenant au service ou extérieur au service dans un cadre formalisé	26%	34%	39%	46%	69%	45%
extérieur au service, intervenant au coup par coup	45%	45%	34%	33%	23%	35%
répondants	*51*	*149*	*127*	*63*	*134*	*524*
Recours à un(e) psychologue						
non	8%	5%	3%	3%	0%	3%
appartenant au service	27%	44%	59%	65%	86%	59%
extérieur au service, dans un cadre formalisé	41%	44%	30%	24%	12%	30%
extérieur au service, intervenant au coup par coup	24%	7%	8%	8%	2%	8%
répondants	*51*	*149*	*128*	*63*	*134*	*525*

Lecture : 26 % des maternités de moins de 500 accouchements par an déclarent recourir à un(e) psychiatre ou pédo-psychiatre appartenant au service ou dans un cadre formalisé.

Champ : France métropolitaine.
Source : Enquête nationale périnatale 2010, questionnaire établissements.

Tableau 147. Dépistages néonatals selon le type d'autorisation des maternités en 2016

	Type d'autorisation				Total
	I	IIA	IIB	III	
Protocole utilisé pour le dépistage néonatal de la surdité chez les enfants sans facteur de risque					
Dépistage non pratiqué	1%	0%	0%	0%	0%
Potentiels évoqués auditifs automatiques (PEAA) puis PEAA	29%	28%	24%	32%	28%
Oto-émissions acoustiques (OEA) puis OEA	51%	37%	38%	18%	41%
OEA puis PEAA	19%	32%	34%	43%	28%
Autre (inclut plusieurs protocoles)	0%	3%	4%	7%	3%
répondants	*210*	*140*	*82*	*60*	*492*
Procédure de rattrapage pour les nouveau-nés qui n'ont pas eu le test avant la sortie*					
non	9%	7%	10%	5%	8%
oui, les nouveau-nés reviennent dans le service	53%	56%	57%	64%	56%
oui, les nouveau-nés reviennent dans le service ou sont orientés vers une autre structure	8%	3%	1%	2%	5%
oui, les nouveau-nés sont orientés vers une autre structure	30%	34%	32%	29%	31%
dont consultation ORL	15%	23%	25%	16%	19%
répondants	*208*	*137*	*79*	*56*	*480*
Remise aux parents d'un document d'information sur le repérage des troubles de l'audition					
oui	85%	86%	87%	91%	86%
répondants	*199*	*139*	*79*	*57*	*474*
Organisation du dépistage sanguin néonatal systématique des enfants qui sont sortis précocement**					
Retour du nouveau-né à la maternité	71%	67%	62%	70%	68%
Réalisation à domicile par une sage-femme libérale	70%	72%	73%	74%	72%
Autre	4%	9%	14%	7%	8%
répondants	*196*	*129*	*77*	*57*	*459*

* 11 maternités déclarent que tous les nouveau-nés ont le test. Leur réponse a été classée en donnée manquante.

** Plusieurs réponses possibles. 33 maternités déclarent ne pas avoir de sortie avant le dépistage sanguin. Leur réponse a été classée en donnée manquante.

Lecture : 86 % des maternités de type IIA déclarent remettre aux parents un document d'information sur le repérage des troubles de l'audition.

Champ : France métropolitaine.

Source : Enquête nationale périnatale 2016, questionnaire établissements.

Tableau 148. Dépistage néonatal de la surdité selon le type d'autorisation des maternités en 2010

	Type d'autorisation				Total
	I	IIA	IIB	III	
Dépistage auditif des enfants					
non	43%	30%	32%	28%	37%
systématique	50%	56%	48%	52%	51%
ciblé	7%	14%	20%	20%	12%
répondants	*253*	*119*	*86*	*61*	*518*
Protocole lorsque le dépistage est systématique					
un seul test	50%	39%	33%	42%	44%
test puis re-test des positifs	48%	58%	65%	58%	54%
autre	2%	3%	2%	0%	2%
répondants	*125*	*64*	*40*	*31*	*260*
Méthode utilisée en l'absence de facteur de risque					
potentiels évoqués (PEAA)	22%	26%	27%	36%	26%
oto-émissions acoustiques (OEA)	66%	56%	59%	43%	59%
OEA puis PEAA	10%	12%	14%	21%	12%
autre méthode	2%	6%	0%	0%	3%
répondants	*134*	*72*	*44*	*33*	*283*

Lecture : 39 % des maternités de type IIA qui déclarent faire un dépistage systématique rapportent ne faire qu'un seul test en routine.
Champ : France métropolitaine.
Source : Enquête nationale périnatale 2010, questionnaire établissements.

Tableau 149. Dépistages néonatals selon la taille des maternités en 2016

	Nombre d'accouchements par an						Total
	< 500	500 à 999	1000 à 1499	1500 à 999	2000 à 3499	≥ 3500	
Protocole utilisé pour le dépistage néonatal de la surdité chez les enfants sans facteur de risque							
Dépistage non pratiqué	2%	1%	0%	0%	0%	0%	0%
Potentiels évoqués auditifs automatiques (PEAA) puis PEAA	14%	25%	30%	38%	27%	44%	28%
Oto-émissions acoustiques (OEA) puis OEA	64%	50%	39%	28%	31%	19%	41%
OEA puis PEAA	20%	21%	31%	29%	39%	30%	28%
Autre (inclut plusieurs protocoles)	0%	3%	0%	5%	3%	7%	3%
répondants	*58*	*146*	*98*	*65*	*98*	*27*	*492*
Procédure de rattrapage pour les nouveau-nés qui n'ont pas eu le test avant la sortie*							
non	7%	6%	11%	6%	10%	8%	8%
oui, les nouveau-nés reviennent dans le service	59%	53%	54%	56%	55%	77%	56%
oui, les nouveau-nés reviennent dans le service ou sont orientés vers une autre structure	12%	6%	2%	2%	4%	0%	5%
oui, les nouveau-nés sont orientés vers une autre structure	22%	35%	33%	36%	31%	15%	31%
dont consultation ORL	7%	22%	24%	22%	19%	8%	19%
répondants	*58*	*145*	*97*	*63*	*91*	*26*	*480*
Remise aux parents d'un document d'information sur le repérage des troubles de l'audition							
oui	91%	86%	79%	89%	85%	100%	86%
répondants	*57*	*140*	*94*	*62*	*95*	*26*	*474*
Organisation du dépistage sanguin néonatal systématique des enfants qui sont sortis précocement**							
Retour du nouveau-né à la maternité	79%	73%	65%	69%	59%	68%	68%
Réalisation à domicile par une sage-femme libérale	68%	63%	71%	72%	81%	92%	72%
Autre	2%	10%	7%	5%	12%	8%	8%
répondants	*56*	*135*	*85*	*61*	*97*	*25*	*459*

* 11 maternités déclarent que tous les nouveau-nés ont le test. Leur réponse a été classée en donnée manquante.
** Plusieurs réponses possibles. 33 maternités déclarent ne pas avoir de sortie avant le dépistage sanguin. Leur réponse a été classée
en donnée manquante.
Lecture : 91% des maternités de moins de 500 accouchements par an déclarent remettre aux parents un document d'information sur le repérage des troubles de l'audition.

Champ : France métropolitaine.

Source : Enquête nationale périnatale 2016, questionnaire établissements.

Tableau 150. Dépistage néonatal de la surdité selon la taille des maternités en 2010

	Nombre d'accouchements par an					Total
	< 500	500 à 999	1000 à 1499	1500 à 1999	≥ 2000	
Dépistage auditif des enfants						
non	48%	33%	43%	32%	33%	37%
systématique	48%	58%	48%	44%	51%	51%
ciblé	4%	9%	9%	24%	16%	12%
répondants	*50*	*146*	*128*	*62*	*134*	*518*
Protocole lorsque le dépistage est systématique						
un seul test	52%	52%	42%	26%	39%	44%
test puis re-test des positifs	39%	48%	55%	70%	61%	54%
autre	9%	0%	3%	4%	0%	2%
répondants	*23*	*82*	*62*	*27*	*66*	*260*
Méthode utilisée en l'absence de facteur de risque						
potentiels évoqués (PEAA)	5%	20%	28%	30%	36%	26%
oto-émissions acoustiques (OEA)	73%	69%	58%	58%	45%	59%
OEA puis PEAA	18%	10%	9%	9%	18%	12%
autre méthode	4%	1%	5%	3%	1%	3%
répondants	*22*	*91*	*65*	*33*	*72*	*283*

Lecture : 52 % des maternités de moins de 500 accouchements par an qui déclarent faire un dépistage systématique rapportent ne faire qu'un seul test en routine.

Champ : France métropolitaine.

Source : enquête nationale périnatale 2010, questionnaire établissements.

Tableau 151. Accompagnement à domicile après la sortie selon le type d'autorisation des maternités en 2016

	Type d'autorisation				Total
	I	IIA	IIB	III	
Accompagnement à domicile proposé immédiatement après la sortie pour les mères et les bébés qui vont bien :					
visite par une sage-femme libérale dans le cadre du PRADO					
non	24%	14%	8%	7%	16%
oui pour un petit nombre	3%	3%	4%	10%	4%
oui pour la plupart des femmes	73%	83%	88%	83%	80%
répondants	*210*	*140*	*82*	*60*	*492*
visite par une sage-femme libérale hors cadre du PRADO					
non	35%	28%	24%	24%	30%
oui pour un petit nombre	55%	57%	65%	58%	57%
oui pour la plupart des femmes	10%	15%	11%	18%	13%
répondants	*208*	*140*	*82*	*60*	*490*
visite par une sage-femme de la maternité					
non	98%	93%	98%	90%	95%
oui pour peu ou la plupart	2%	7%	2%	10%	5%
répondants	*210*	*138*	*82*	*59*	*489*
visite par une sage-femme de PMI					
non	34%	31%	38%	37%	34%
oui pour un petit nombre	58%	63%	56%	54%	59%
oui pour la plupart	8%	6%	6%	9%	7%
répondants	*210*	*140*	*82*	*59*	*491*
autre mode d'accompagnement					
non	79%	76%	76%	79%	78%
oui pour un petit nombre	13%	21%	21%	18%	17%
oui pour la plupart	8%	3%	3%	3%	5%
répondants	*204*	*126*	*80*	*56*	*466*
dont visite par une puéricultrice de PMI					
non	84%	82%	84%	89%	85%
oui pour un petit nombre	11%	15%	15%	9%	12%
oui pour la plupart	5%	3%	1%	2%	3%
répondants	*202*	*125*	*80*	*56*	*463*

Lecture : 7 % des maternités de type IIA déclarent proposer à au moins un petit nombre de femmes une visite à domicile par une sage-femme de la maternité.

Champ : France métropolitaine.

Source : Enquête nationale périnatale 2016, questionnaire établissements.

Tableau 152. Accompagnement à domicile après la sortie selon le type d'autorisation des maternités en 2010

	Type d'autorisation				Total
	I	IIA	IIB	III	
Accompagnement à la sortie des suites de couches :					
hospitalisation à domicile					
non	83%	74%	66%	47%	74%
oui pour un petit nombre	17%	22%	27%	45%	23%
oui pour la plupart des femmes	0%	4%	7%	8%	3%
répondants	*253*	*116*	*86*	*62*	*517*
visite par une sage-femme libérale					
non	34%	26%	21%	16%	28%
oui pour un petit nombre	60%	67%	67%	74%	64%
oui pour la plupart des femmes	6%	7%	12%	10%	8%
répondants	*252*	*118*	*86*	*62*	*518*
visite par une sage-femme de la maternité					
non	96%	97%	93%	87%	95%
oui pour peu ou la plupart	4%	3%	7%	13%	5%
répondants	*253*	*117*	*86*	*62*	*518*
visite par une sage-femme d'un centre périnatal de proximité					
non	89%	85%	84%	90%	88%
oui pour peu ou la plupart	11%	15%	16%	10%	12%
répondants	*252*	*117*	*86*	*62*	*517*
visite par une sage-femme de PMI					
non	33%	40%	42%	39%	37%
oui pour un petit nombre	64%	58%	56%	50%	59%
oui pour la plupart	3%	2%	2%	11%	4%
répondants	*254*	*116*	*86*	*62*	*518*
visite par une puéricultrice de PMI					
non	7%	5%	6%	8%	7%
oui pour un petit nombre	76%	74%	76%	71%	75%
oui pour la plupart	16%	21%	19%	21%	18%
répondants	*254*	*117*	*86*	*62*	*519*
autre mode d'accompagnement					
non	94%	90%	95%	96%	93%
oui pour peu ou la plupart	6%	10%	5%	4%	7%
répondants	*190*	*77*	*59*	*47*	*373*

Lecture : 3 % des maternités de type IIA déclarent proposer à au moins un petit nombre de femmes une visite à domicile par une sage-femme de la maternité.

Champ : France métropolitaine.

Source : Enquête nationale périnatale 2010, questionnaire établissements.

Tableau 153. Accompagnement à domicile après la sortie selon la taille des maternités en 2016

	Nombre d'accouchements par an						Total
	< 500	500 à 999	1000 à 1499	1500 à 1999	2000 à 3499	≥ 3500	
Accompagnement à domicile proposé immédiatement après la sortie pour les mères et les bébés qui vont bien :							
visite par une sage-femme libérale dans le cadre du PRADO							
non	41%	15%	14%	9%	14%	4%	16%
oui pour un petit nombre	5%	3%	1%	2%	7%	15%	4%
oui pour la plupart des femmes	54%	82%	85%	89%	79%	81%	80%
répondants	*58*	*146*	*98*	*65*	*98*	*27*	*492*
visite par une sage-femme libérale hors cadre du PRADO							
non	44%	35%	31%	23%	22%	11%	30%
oui pour un petit nombre	49%	56%	61%	59%	61%	56%	57%
oui pour la plupart des femmes	7%	9%	8%	18%	17%	33%	13%
répondants	*57*	*146*	*97*	*65*	*98*	*27*	*490*
visite par une sage-femme de la maternité							
non	98%	97%	96%	97%	91%	89%	95%
oui pour peu ou la plupart	2%	3%	4%	3%	9%	11%	5%
répondants	*58*	*146*	*97*	*64*	*97*	*27*	*489*
visite par une sage-femme de PMI							
non	33%	35%	34%	31%	39%	26%	34%
oui pour un petit nombre	58%	57%	64%	58%	54%	67%	59%
oui pour la plupart	9%	8%	2%	11%	7%	7%	7%
répondants	*58*	*146*	*98*	*64*	*98*	*27*	*491*
autre mode d'accompagnement							
non	69%	77%	82%	83%	72%	90%	78%
oui pour un petit nombre	16%	18%	15%	10%	26%	12%	17%
oui pour la plupart	15%	5%	3%	7%	2%	0%	5%
répondants	*53*	*141*	*94*	*61*	*91*	*26*	*466*
dont visite par une puéricultrice de PMI							
non	77%	82%	85%	88%	84%	92%	85%
oui pour un petit nombre	12%	15%	13%	5%	15%	8%	12%
oui pour la plupart	11%	3%	2%	7%	1%	0%	3%
répondants	*52*	*141*	*92*	*61*	*91*	*26*	*463*

Lecture : 2 % des maternités de moins de 500 accouchements par an déclarent proposer à au moins un petit nombre de femmes une visite à domicile par une sage-femme de la maternité.
Champ : France métropolitaine.
Source : Enquête nationale périnatale 2016, questionnaire établissements.

Tableau 154. Accompagnement à domicile après la sortie selon la taille des maternités en 2010

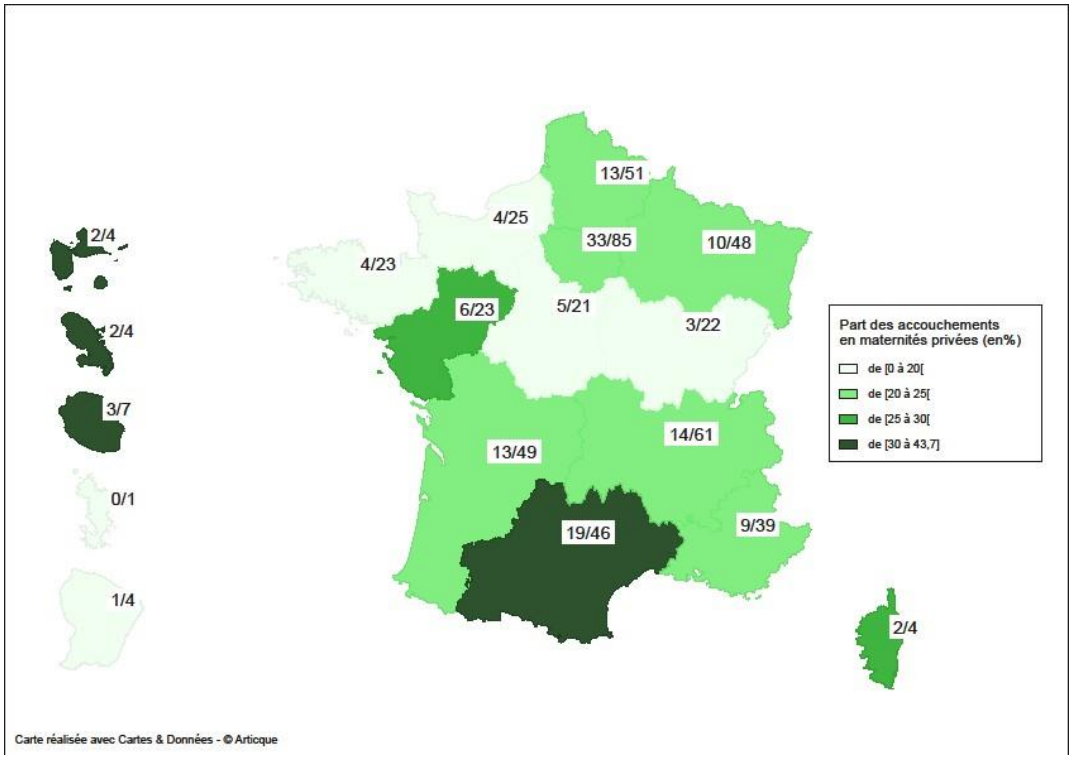
	Nombre d'accouchements par an					Total
	< 500	500 à 999	1000 à 1499	1500 à 1999	≥ 2000	
Accompagnement à la sortie des suites de couches :						
hospitalisation à domicile						
non	86%	87%	80%	78%	48%	74%
oui pour un petit nombre	14%	12%	17%	22%	44%	23%
oui pour la plupart des femmes	0%	1%	3%	0%	8%	3%
répondants	*50*	*145*	*127*	*63*	*133*	*517*
visite par une sage-femme libérale						
non	41%	34%	34%	18%	16%	28%
oui pour un petit nombre	57%	57%	59%	79%	74%	64%
oui pour la plupart des femmes	2%	9%	7%	3%	10%	8%
répondants	*49*	*145*	*128*	*63*	*134*	*518*
visite par une sage-femme de la maternité						
non	94%	98%	98%	95%	88%	95%
oui pour peu ou la plupart	6%	2%	2%	5%	12%	5%
répondants	*50*	*144*	*128*	*63*	*134*	*518*
visite par une sage-femme d'un centre périnatal de proximité						
non	96%	84%	91%	89%	84%	88%
oui pour peu ou la plupart	4%	16%	9%	11%	16%	12%
répondants	*50*	*143*	*128*	*63*	*134*	*517*
visite par une sage-femme de PMI						
non	40%	34%	42%	29%	38%	37%
oui pour un petit nombre	58%	63%	52%	71%	57%	59%
oui pour la plupart	2%	3%	6%	0%	5%	4%
répondants	*50*	*145*	*128*	*63*	*133*	*518*
visite par une puéricultrice de PMI						
non	2%	8%	7%	11%	5%	7%
oui pour un petit nombre	80%	72%	73%	73%	79%	75%
oui pour la plupart	18%	20%	20%	16%	16%	18%
répondants	*50*	*145*	*128*	*63*	*134*	*519*
autre mode d'accompagnement						
non	84%	94%	91%	93%	96%	93%
oui pour peu ou la plupart	16%	6%	9%	7%	4%	7%
répondants	*32*	*109*	*93*	*42*	*98*	*373*

Lecture : 6 % des maternités de moins de 500 accouchements par an déclarent proposer à au moins un petit nombre de femmes une visite à domicile par une sage-femme de la maternité.

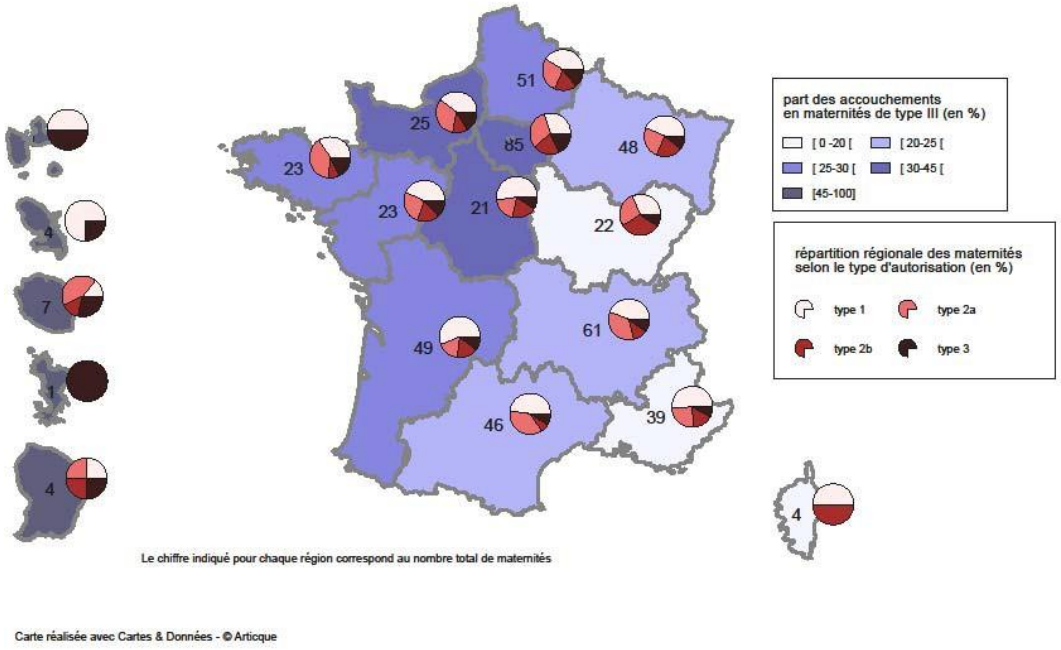
Champ : France métropolitaine.

Source : Enquête nationale périnatale 2010, questionnaire établissements.

► **Figure 3.** **Part des accouchements réalisés en maternités privées et nombre de maternités privées/ nombre total de maternités**



► **Figure 4.** **Répartition régionale des maternités selon leur type et part des accouchements en maternités de type III**



ANNEXES

Annexe 1 - Tableaux annexes : indicateurs recommandés (France entière : métropole et DROM)

Annexe 1a. Indicateurs recommandés : caractéristiques des femmes en France
(France entière : métropole et DROM ; ensemble des femmes et des naissances)

	n	%	IC à 95 %
Âge de la femme [1]			
< 20 ans (dont mineures)	325	2,3	2,1 - 2,6
20 - 24	1 729	12,5	11,9 - 13,0
25 - 29	4 286	30,9	30,1 - 31,7
30 - 34	4 595	33,1	32,3 - 33,9
35 - 39	2 362	17,0	16,4 - 17,7
≥ 40	575	4,2	3,8 - 4,5
	(13 872)		
Parité [1]			
0	5 810	41,9	41,1 - 42,7
1	4 848	34,9	34,1 - 35,7
≥ 2	3 218	23,2	22,5 - 23,9
	(13 876)		
Antécédent de césarienne [1]			
Oui	1 591	11,5	10,9 - 12,0
Non	12 283	88,5	88,0 - 89,0
	(13 874)		

(1) Rapporté au nombre de femmes.

Annexe 1b. Indicateurs recommandés : l'accouchement en France
(France entière : métropole et DROM ; ensemble des femmes et des naissances)

	n	%	IC à 95 %
Type de grossesse [1]			
Unique	13 634	98,2	98,0 - 98,5
Multiple	245	1,8	1,6 - 2,0
	(13 879)		
Présentation foetale [2]			
Céphalique	13 304	94,6	94,2 - 94,9
Siège	666	4,7	4,4 - 5,1
Autre	100	0,7	0,6 - 0,9
	(14 070)		
Mode de début de travail [1]			
Travail spontané	9 472	68,3	67,6 - 69,1
Déclenchement	3 102	22,4	21,7 - 23,1
Césarienne avant travail	1 288	9,3	8,8 - 9,8
	(13 862)		
Mode d'accouchement [2]			
Voie basse non instrumentale	9 591	68,0	67,2 - 68,7
Voie basse instrumentale	1 669	11,8	11,3 - 12,4
Césarienne	2 856	20,2	19,6 - 20,9
	(14 116)		
Statut de la maternité [1]			
Public ou ESPIC [3]	10 678	76,9	76,2 - 77,6
Privé à but lucratif	3209	23,1	22,4 - 23,8
	(13 887)		
Niveau de spécialisation de la maternité [1]			
Type I	3 012	21,7	21,1 - 22,4
Type II	6 882	49,6	48,7 - 50,4
Type III	3 989	28,7	28,0 - 29,5
	(13 883)		

(1) Rapporté au nombre de femmes.

(2) Rapporté au nombre total de naissances (enfants nés vivants ou mort-nés / IMG).

(3) Établissement de santé privé d'intérêt collectif.

Annexe 1c. Indicateurs recommandés : le nouveau-né en France
(France entière : métropole et DROM ; ensemble des femmes et des naissances)

	n	%	IC à 95 %
Âge gestationnel [1]			
≤ 32 SA	328	2,3	2,1 - 2,6
33 - 34	220	1,6	1,4 - 7,8
35 - 36	655	4,6	4,3 - 5,0
37	1 034	7,3	6,9 - 7,8
38	2 265	16,1	15,5 - 16,7
39	3 741	26,5	25,8 - 27,3
40	3 524	25,0	24,3 - 25,7
≥ 41	2 339	16,6	16,0 - 17,2
	(14 106)		
Poids de naissance [1]			
< 1 500 g	247	1,8	1,5 - 2,0
1 500 - 1 999	231	1,6	1,4 - 1,9
2 000 - 2 499	716	5,1	4,7 - 5,5
2 500 - 2 999	2 954	20,9	20,3 - 21,6
3 000 - 3 499	5 519	39,1	38,3 - 39,9
3 500 - 3 999	3 505	24,9	24,1 - 25,6
≥ 4 000	933	6,6	6,2 - 7,0
	(14 105)		
État du nouveau-né à la naissance [1]			
Vivant	13 982	99,0	98,8 - 99,1
Mort-né	84	0,6	0,5 - 0,7
IMG	60	0,4	0,3 - 0,6
	(14 126)		
Apgar à 5 minutes [2]	162	1,2	1,0 - 1,4
< 7	(13 948)		
Transfert de l'enfant [2,3]	1 483	10,6	10,1 - 11,1
	(13 978)		
Allaitement maternel (exclusif ou mixte) durant le séjour [2]	8 810	67,4	66,6 - 68,2
	(13 075)		

(1) Rapporté au nombre total de naissances (enfants nés vivants ou mort-nés / IMG).

(2) Rapporté au nombre de naissances vivantes.

(3) Transfert en réanimation, soins intensifs, néonatalogie ou unité kangourou.

Annexe 2 - Naissances : évolution entre 2010 et 2016 en Guadeloupe, Guyane et à la Réunion

Annexe 2a. Caractéristiques sociodémographiques des femmes
(Guadeloupe, Guyane, La Réunion ; femmes majeures et naissances vivantes)

	2010		2016		
	%	p	n	%	IC à 95 %
Âge de la femme [1,2]					
< 20 ans	6,1	NS	23	4,9	3,2 - 7,3
20 - 24	24,7		111	23,8	20,0 - 27,9
25 - 29	28,4		125	26,8	22,8 - 31,0
30 - 34	21,3		118	25,3	21,4 - 29,5
35 - 39	15,1		68	14,6	11,5 - 18,1
≥ 40	4,4		22	4,7	3,0 - 7,1
	(478)		(467)		
Âge moyen	28,5 ± 6,2			28,8 ± 6,2	
Parité [1,2]					
0	35,2	NS	153	32,7	28,5 - 37,2
1	28,3		147	31,4	27,2 - 35,8
2	15,4		89	19,0	15,6 - 22,9
3	8,9		31	6,6	4,5 - 9,3
≥ 4	12,2		48	10,3	7,7 - 13,4
	(474)		(468)		
Niveau d'études [1]					
Non scolarisée, primaire	7,7	NS	24	5,6	3,9 - 7,8
Collège (6ème à 3ème)	16,7		57	13,4	10,7 - 16,4
Enseignement prof. court	23,3		54	12,6	10,1 - 15,6
Lycée, ens. général	11,5		66	15,5	12,7 - 18,6
Lycée, ens. professionnel ou technique	12,2		69	16,2	13,3 - 19,4
Bac. + 1 ou 2 ans	14,3		77	18,0	15,0 - 21,4
Bac. + 3 ou 4 ans	10,7		57	13,3	10,7 - 16,4
≥ Bac. + 5 ans	3,6		23	5,4	3,7 - 7,6
	(468)		(427)		
Statut marital [1]					
Mariée	24,5	NS	89	20,8	17,6 - 24,2
Pacsée	74,5		19	4,4	2,9 - 6,4
Célibataire			321	321	71,1 - 78,3
	(470)		(429)		
Vie en couple [1,3]					
Oui, dans le même logement	65,9	–	255	59,2	55,1 - 63,1
Oui, dans des logements différents			50	11,6	9,2 - 14,5
Non	34,1		126	29,2	25,6 - 33,1
	(469)		(431)		

(1) Rapporté au nombre de femmes.

(2) Indicateur recommandé (échantillon incluant les femmes non-participantes)

(3) Formulation des questions différente en 2010 et 2016 (en 2010, pas de détail sur le lieu de vie pour les femmes en couple).

Annexe 2b. Conditions de vie des femmes
(Guadeloupe, Guyane, La Réunion ; femmes majeures et naissances vivantes)

	2010		2016		
	%	p	n	%	IC à 95 %
Situation professionnelle de la femme en fin de grossesse [1]					
Emploi	38,4	NS	154	41,6	37,2 - 45,9
Femme au foyer	33,6		99	26,8	23,2 - 31,0
Étudiante	5,4		21	5,7	3,8 - 8,1
Au chômage	22,1		93	25,1	21,4 - 29,0
Autre situation	0,5		3	0,8	0,2 - 2,1
	(429)		(370)		
Situation du / de la partenaire au moment de l'entretien [1]					
Emploi	69,2	NS	210	76,1	71,5 - 80,3
Étudiant	1,9		4	1,5	0,5 - 3,3
Au chômage	27,0		55	19,9	16,1 - 24,3
Autre situation	1,9		7	2,5	1,2 - 4,7
	(370)		(276)		
Ensemble des ressources du ménage [1,2]					
Allocation d'aide au retour à l'emploi	18,1	–	64	14,9	12,2 - 18,0
RSA ou prime d'activité	26,7		155	36,1	32,3 - 40,1
Autres aides	3,2		17	4,0	2,5 - 5,9
Revenus du travail	47,5		175	40,8	36,8 - 44,9
Aucune ressource	4,5		18	4,2	2,7 - 6,2
	(465)		(429)		
Couverture sociale en début de grossesse [1]					
Assurance maladie obligatoire	49,7	NS	204	47,3	43,3 - 51,4
CMU	} 46,0		178	41,3	37,3 - 45,4
AME			18	4,2	2,7 - 6,1
Aucune	4,3		31	7,2	5,3 - 9,6
	(465)		(431)		
Couverture maladie complémentaire [1]					
Mutuelle, assurance privée, institution de prévoyance	–		181	43,1	39,1 - 47,2
CMU complémentaire	–		144	34,3	30,5 - 38,3
Aucune	–		95	22,6	19,3 - 26,2
			(420)		

(1) Rapporté au nombre de femmes.

(2) Si plusieurs sources de revenu, sélection selon l'ordre présenté ici.

Annexe 2c. Contraception et traitement de l'infertilité
(Guadeloupe, Guyane, La Réunion ; femmes majeures et naissances vivantes)

	2010		2016		
	%	p	n	%	IC à 95 %
Usage d'une contraception dans le passé [1]					
Aucune	13,1	NS	66	15,4	12,6 - 18,5
Pilule	67,5		247	57,6	53,5 - 61,6
Dispositif intra-utérin	6,6		43	10,0	7,7 - 12,7
Implant, patch, anneau vaginal	2,8		27	6,3	4,5 - 8,6
Préservatif masculin	8,7		35	8,2	6,1 - 10,7
Retrait	0,0		3	0,7	0,2 - 1,8
Abstinence périodique	0,4		1	0,2	0,0 - 1,1
Autre méthode	0,9		7	1,6	0,8 - 3
	(458)		(429)		
Motif d'arrêt de la contraception [1]					
Souhait d'avoir un enfant	60,3	NS	194	57,4	52,8 - 61,9
Était enceinte (grossesse sous contraception)	13,5		50	14,8	11,7 - 18,4
Autre motif	26,2		94	27,8	23,8 - 32,1
	(400)		(338)		
Traitement de l'infertilité [1]					
Oui	3,0	NS	17	4,0	2,6 - 5,9
Non	97,0		409	96,0	94,1 - 97,4
	(460)		(426)		

(1) Rapporté au nombre de femmes.

Annexe 2d. Antécédents médicaux et santé avant la grossesse
(Guadeloupe, Guyane, La Réunion ; femmes majeures et naissances vivantes)

	2010		2016		
	%	p	n	%	IC à 95 %
Diabète avant la grossesse [1]					
Oui, DID ou DNID	0,6		5	1,1	0,4 - 2,6
Oui, diabète gestationnel	1,5		9	2,0	0,9 - 3,7
Non	97,9	NS	441	96,9	94,9 - 98,3
	(479)		(455)		
HTA avant la grossesse [1]					
Oui, HTA chronique	3,6		13	2,9	1,7 - 4,5
Oui, HTA durant une grossesse antérieure	3,1		4	0,9	0,3 - 2,0
Non	93,3	NS	436	96,2	94,4 - 97,6
	(479)		(453)		
IMC avant la grossesse [1]					
< 18,5	11,5	NS	35	9,0	6,8 - 11,8
18,5 - 24,9	53,9		190	49,1	44,8 - 53,4
25 - 29,9	20,6		94	24,3	20,7 - 28,1
30 - 34,9	8,3		38	9,8	7,4 - 12,7
≥ 35	5,7		30	7,8	5,6 - 10,4
	(408)		(387)		
Nombre d'IVG [1,2]					
0	76,9	NS	322	76,1	72,5 - 79,5
1	17,1		73	17,3	14,3 - 20,6
≥ 2	6,0		28	6,6	4,8 - 9,0
	(464)		(423)		
Antécédent de mort-né, mort néonatale, accouchement prématuré ou hypotrophie [3]					
Oui	20,6	NS	64	21,5	17,0 - 26,6
Non	79,4		234	78,5	73,4 - 83,1
	(296)		(298)		
Antécédent de césarienne [3]					
Oui	19,3	NS	62	20,1	15,8 - 25,1
Non	80,7		246	79,9	75,0 - 84,2
	(295)		(308)		

(1) Rapporté au nombre de femmes.

(2) Interruption volontaire de grossesse ; information issue de l'entretien auprès des femmes.

(3) Rapporté au nombre de femmes multipares.

Annexe 2e. Comportements pendant la grossesse et prévention
(Guadeloupe, Guyane, La Réunion ; femmes majeures et naissances vivantes)

	2010		2016		
	%	p	n	%	IC à 95 %
Réaction à la découverte de la grossesse [1]					
Heureuse d'être enceinte maintenant	62,5	NS	275	64,3	60,3 - 68,1
Grossesse souhaitée plus tôt	8,8		45	10,5	8,2 - 13,3
Grossesse souhaitée plus tard	19,3		68	15,9	13,1 - 19,1
Aurait préféré ne pas être enceinte	9,4		40	9,3	7,1 - 12,0
	(466)		(428)		
État psychologique durant la grossesse [1]					
Bien	61,2	NS	258	60,1	56,1 - 64,1
Assez bien	24,2		111	25,9	22,4 - 29,6
Assez mal	10,1		40	9,3	7,1 - 12,0
Mal	4,5		20	4,7	3,1 - 6,7
	(466)		(429)		
Entretien prénatal précoce (EPP) [1]					
Oui	20,5	< 0,001	136	31,6	27,9 - 35,5
Non	76,7		271	63,0	59,0 - 66,9
Ne sait pas	2,8		23	5,4	3,7 - 7,5
	(468)		(430)		
Entretien avec un(e) assistant(e) de service social pendant la grossesse [1]					
Oui	–		29	6,7	4,9 - 9,1
Non	–		401	93,3	90,9 - 95,1
			(430)		
Nombre de cigarettes / jour au 3ème trimestre de grossesse [1]					
0	90,2	NS	400	93,0	90,7 - 94,9
1 à 9	6,8		24	5,6	3,9 - 7,8
≥ 10	3,0		6	1,4	0,6 - 2,7
	(472)		(430)		
Début de prise d'acide folique avant la grossesse [1]					
Oui	5,5	0,4640	28	6,8	4,9 - 9,2
Non	94,5		386	93,2	90,8 - 95,2
	(398)		(414)		
Consultation de diététique (ou réunion d'information) [1]					
Oui	–		59	13,7	11,1 - 16,8
Non	–		371	86,3	83,3 - 88,9
			(430)		

(1) rapporté au nombre de femmes.

Annexe 2f. Suivi prénatal
(Guadeloupe, Guyane, La Réunion ; femmes majeures et naissances vivantes)

	2010		2016		
	%	p	n	%	IC à 95 %
Déclaration de grossesse (1)					
Oui	98,1	NS	406	94,4	92,2 - 96,1
Non	1,9		24	5,6	3,9 - 7,8
	(473)		(430)		
Trimestre de déclaration (1)					
1er	83,9	NS	340	84,1	80,9 - 87,1
2ème	13,5		56	13,9	11,1 - 17,0
3ème	2,6		8	2,0	1,0 - 3,5
	(458)		(404)		
Nombre total de consultations prénatales (1)					
0 à 3	4,7	NS	10	2,4	1,3 - 4,0
4 ou 5	6,9		20	4,7	3,2 - 6,8
6 ou 7	16,3		75	17,8	14,8 - 21,1
8 ou 9	28,2		152	36,0	32,1 - 40,1
10 ou 11	18,1		78	18,5	15,4 - 21,9
12 à 15	18,6		64	15,2	12,4 - 18,3
≥ 16	7,2		23	5,4	3,8 - 7,6
	(447)		(422)		
Nombre moyen de consultations	9,8 ± 4,7			9,5 ± 3,7	
Nombre de consultations aux urgences de la maternité (1)					
0	–		192	46,3	42,2 - 50,4
1	–		94	22,6	19,3 - 26,3
2 et plus	–		129	31,1	27,3 - 35,0
			(415)		
Au moins une consultation auprès de l'équipe responsable de l'accouchement (1)					
Oui	88,1	NS	367	85,7	82,7 - 88,5
Non	11,9		61	14,3	11,6 - 17,3
	(437)		(428)		
Professionnel principalement responsable du suivi durant les 6 premiers mois (1)					
Généraliste	13,3		44	10,4	8,0 - 13,1
Gynécologue-Obstétricien (libéral)	53,3		205	48,2	44,2 - 52,3
Gynécologue-Obstétricien (public)			39	9,2	7,0 - 11,8
Sage-femme libérale	13,0		62	14,6	11,8 - 17,7
Sage-femme en maternité publique			21	4,9	3,3 - 7,0
PMI	–		33	7,8	5,7 - 10,3
Plusieurs de ces professionnels	–		21	4,9	3,3 - 7,0
	(460)		(425)		

(1) Rapporté au nombre de femmes.

Annexe 2g. Examens de dépistage et de diagnostic durant la grossesse
(Guadeloupe, Guyane, La Réunion ; femmes majeures et naissances vivantes)

	2010		2016		
	%	p	n	%	IC à 95 %
Nombre d'échographies [1]					
0	0,0	NS	0	0,0	0,0 - 0,0
1 ou 2	8,0		26	6,1	4,3 - 8,4
3	26,1		109	25,8	22,3 - 29,5
4 ou 5	30,7		114	27,0	23,4 - 30,7
≥ 6	35,2		174	41,1	37,1 - 45,2
	(463)		(423)		
Mesure échographique de la clarté nucale [1]					
Oui	67,6	NS	312	72,6	68,8 - 76,1
Non	11,1		55	12,8	10,2 - 15,8
Ne sait pas	21,3		63	14,6	11,9 - 17,8
	(479)		(430)		
Dépistage sérique du risque de trisomie 21 [1]					
Oui	75,2	<0,001	351	83,2	79,9 - 86,1
Non, non proposé	3,7		5	1,2	0,5 - 2,5
Non, dépistage refusé	2,6		5	1,2	0,5 - 2,5
Non, consultation trop tardive	4,2		18	4,2	2,8 - 6,3
Non, caryotype fœtal d'emblée / DPNI	1,1		0	0,0	0,0 - 0,0
Non, autre motif ou non précisé	4,1		37	8,8	6,6 - 11,4
Ne sait pas	9,1		6	1,4	0,6 - 2,8
	(460)		(422)		
Dépistage du diabète gestationnel [1]					
Oui	80,9	NS	388	90,2	87,6 - 92,5
Non	17,2		39	9,1	6,9 - 11,7
Ne sait pas	1,9		3	0,7	0,2 - 1,8
	(470)		(430)		
Frottis cervico-utérin (FCU) durant la grossesse [1,2]					
Oui, pendant la grossesse	30,7	NS	131	30,9	26,5 - 35,5
Oui, dans les 3 ans précédant la grossesse	29,0		154	36,3	31,7 - 41,1
Non	31,0		110	25,9	21,8 - 30,4
Ne sait pas	9,3		29	6,9	4,6 - 9,7
	(449)		(424)		

(1) Rapporté au nombre de femmes.

(2) En 2010, dans les 2 ans précédents, conformément aux recommandations.

Annexe 2h. Hospitalisation et pathologies durant la grossesse
(Guadeloupe, Guyane, La Réunion ; femmes majeures et naissances vivantes)

	2010		2016		
	%	p	n	%	IC à 95 %
Hospitalisation [1]					
Oui	27,5	NS	132	30,8	27,1 - 34,6
Non	72,5		297	69,2	65,4 - 72,9
	(473)		(429)		
Durée d'hospitalisation [1,2]					
1 ou 2 jours	35,4	NS	48	36,6	28,4 - 45,5
3 à 7	42,5		55	42,0	33,4 - 50,9
8 à 14	9,5		14	10,7	6,0 - 17,3
≥ 15	12,6		14	10,7	6,0 - 17,3
	(127)		(131)		
Corticothérapie anténatale [1,3]					
Oui	9,5	NS	32	7,1	5,2 - 9,4
Non	90,5		420	92,9	90,6 - 94,8
	(475)		(452)		
MAP avec hospitalisation [1]					
Oui	10,5	NS	36	7,9	5,9 - 10,3
Non	89,5		420	92,1	89,7 - 94,1
	(475)		(456)		
HTA durant la grossesse [1]					
Oui, avec protéinurie [4]	3,8	NS	15	3,3	2,0 - 5,0
Oui, sans protéinurie	4,0		14	3,1	1,9 - 4,8
Non	92,2		428	93,6	91,5 - 95,4
	(474)		(457)		
Diabète gestationnel [1]					
Oui, sous insuline	3,2	NS	19	4,2	2,8 - 6,1
Oui, sous régime	3,4		46	10,1	7,9 - 12,7
Oui, traitement non renseigné	0,0		1	0,2	0,0 - 1,0
Non	93,4		389	85,5	82,5 - 88,1
	(471)		(455)		

(1) Rapporté au nombre de femmes.

(2) Information issue de l'entretien auprès des femmes.

(3) En 2016, corticothérapie anténatale pour 64,3 % des enfants nés < 34 SA (contre 61,9 % en 2010)

(4) Avec protéinurie ≥ 0,3 g / L ou par 24h.

Annexe 2i. Déroulement du travail
(Guadeloupe, Guyane, La Réunion ; femmes majeures et naissances vivantes)

	2010		2016		
	%	p	n	%	IC à 95 %
Temps de transport pour aller accoucher [1]					
< 30 min	69,5	NS	278	65,7	61,0 - 70,2
30 - 44	18,5		93	22,0	18,1 – 26,2
≥ 45	12,0		52	12,3	9,3 – 15,8
	(443)		(423)		
Mode de début du travail [1,2]					
Travail spontané	70,6	NS	324	69,7	65,3 - 73,8
Déclenchement	19,5		96	20,6	17,1 - 24,6
Césarienne avant travail	9,9		45	9,7	7,2 - 12,7
	(477)		(465)		
Si déclenchement, méthode initiale [1]					
Oxytocine seule	–		24	25,3	18,1 - 33,7
Maturation cervicale	–		71	74,7	66,4 - 81,9
			(95)		
Mode d'accouchement [3]					
Voie basse non instrumentale	75,4	NS	325	70,2	65,8 - 74,3
Voie basse instrumentale	6,0		38	8,2	5,9 - 11,1
Forceps	*27,6*		*2*	*5,3*	0,6 - 17,8
Spatules	*17,2*		*7*	*18,4*	7,7 - 34,3
Ventouse	*55,2*		*29*	*73,3*	59,8 - 88,6
Césarienne	18,6		100	21,6	17,9 - 25,6
	(484)		(463)		
Professionnel ayant réalisé l'accouchement [3]					
Sage-femme	68,0	NS	287	66,1	62,2 - 69,9
Gynécologue-Obstétricien	29,1		145	33,4	29,7 - 37,3
Autre	2,9		2	0,5	0,1 - 1,4
	(478)		(434)		
Episiotomie (primipares) [4]					
Oui	26,8	NS	26	25,0	18,2 - 33,0
Non	73,2		78	75,0	67,0 - 81,9
	(138)		(104)		
Type d'analgésie durant le travail [5]					
Aucune analgésie	45,8	NS	170	42,1	37,9 - 46,2
Analgésie péridurale (APD)	49,8		233	57,5	53,3 - 61,6
Rachianalgésie	0,2		0	0,0	0,0 - 0,0
Rachianalgésie-péridurale combinée	0,2		1	0,2	0,0 - 1,2
Analgésie intraveineuse	4,0		1	0,2	0,0 - 1,2
	(404)		(405)		

(1) Rapporté au nombre de femmes.

(2) Indicateur recommandé (échantillon incluant les femmes non-participantes)

(3) Rapporté au nombre de naissances.

(4) Rapporté au nombre de femmes primipares ayant accouché par voie basse

(5) Rapporté au nombre de femmes pour lesquelles une tentative de voie basse a eu lieu.

Annexe 2j. Le nouveau-né
(Guadeloupe, Guyane, La Réunion ; femmes majeures et naissances vivantes)

	2010		2016		
	%	p	n	%	IC à 95 %
Âge gestationnel [1,2]					
≤ 32 SA	2,5	NS	8	1,7	0,7 - 3,3
33 - 34	2,5		10	2,1	1,0 - 3,8
35 - 36	8,8		36	7,6	5,4 - 10,3
37	9,2		43	9,1	6,6 - 12,0
38	19,9		108	22,7	19,0 - 26,8
39	26,2		128	26,9	23,0 - 31,2
40	21,3		106	22,3	18,7 - 26,3
≥ 41	9,6		36	7,6	5,4 - 10,3
	(488)		(475)		
Prématurité (< 37 SA) [1,2]	13,7	NS	54	11,4	8,6 - 14,6
	(488)		(475)		
Poids de naissance [1,2]					
< 1500 g	0,8	NS	5	1,1	0,3 - 2,4
1 500 - 1 999	4,1		14	2,9	1,6 - 4,9
2 000 - 2 499	6,2		37	7,8	5,5 - 10,6
2 500 - 2 999	31,8		131	27,6	23,6 - 31,8
3 000 - 3 499	38,2		193	40,6	36,2 - 45,2
3 500 - 3 999	16,4		74	15,6	12,4 - 19,2
≥ 4 000	2,5		21	4,4	2,8 - 6,7
	(487)		(475)		
Apgar à 5 min [1,2]					
< 5	0,4	NS	0	0,0	0,0 - 0,0
5 – 6	0,9		3	0,6	0,1 - 1,8
7 – 8	4,0		13	2,8	1,5 - 4,6
9 – 10	94,7		458	96,6	94,6 - 98,1
	(474)		(474)		
Mode d'alimentation [1]					
Allaitement maternel exclusif	65,0	<0,001	211	49,1	45,0 - 53,2
Allaitement maternel mixte	19,2		124	28,8	25,2 - 32,7
Préparation pour nourrisson	15,8		95	22,1	18,8 - 25,6
	(469)		(430)		
Transfert du nouveau-né [1,3]					
Réanimation ou soins intensifs	4,4	NS	22	4,8	3,3 - 6,7
Néonatalogie	2,9		27	5,8	4,2 - 8,0
Unité kangourou	1,4		25	5,4	3,8 - 7,5
Autre	0,8		0	0,0	0,0 - 0,0
Aucun	90,5		388	84,0	80,9 - 86,7
	(482)		(462)		

(1) Rapporté au nombre de naissances.

(2) Indicateur recommandé (échantillon incluant les femmes non-participantes)

(3) Transferts en CPP non inclus.

Annexe 3 - Questionnaire naissance

Enquête nationale périnatale 2016

QUESTIONNAIRE NAISSANCE

Vu l'avis favorable du Conseil National de l'Information Statistique, cette enquête est reconnue d'intérêt général et de qualité statistique sans avoir de caractère obligatoire. Visa n°2016X703SA du Ministère des Affaires sociales et de la santé, du Ministre des finances et des comptes publics et du Ministre de l'économie, de l'industrie et du numérique, valable pour l'année 2016. En application de la loi n°51-711 du 7 juin 1951, les réponses à ce questionnaire sont protégées par le secret statistique et destinées à l'Inserm et la Drees. La loi n° 78-17 du 6 janvier 1978 modifiée relative à l'informatique, aux fichiers et aux libertés, s'applique aux réponses faites à la présente enquête. Elle garantit aux personnes concernées un droit d'accès, d'opposition et de rectification pour les données les concernant. Ce droit peut être exercé auprès du Chef de service de la maternité.

PARTICIPATION A L'ENQUETE

*A remplir pour tous les enfants **nés vivants, les mort-nés et les IMG,** si la naissance ou l'issue de la grossesse a eu lieu à au moins 22 semaines d'aménorrhée ou si l'enfant pesait au moins 500 g à la naissance.*

Cochez directement « non » à P1 et P1a et renseigner P2 si :
- *femme mineure,*
- *IMG / MFIU,*
- *accouchement sous le secret (« sous X »),*
- *impossiblilité d'informer la femme (transfert en réanimation, sortie rapidement après l'accouchement).*

P1 - Acceptez-vous de participer à l'enquête ?

0 ☐ non 1 ☐ oui

Si non, **P1a - Acceptez-vous cependant que je recueille des informations sur votre grossesse et votre accouchement dans votre dossier médical ?**
Ces informations permettent de décrire la santé et les soins reçus au moment d'une naissance en France.

0 ☐ non
1 ☐ oui

P2 - Si non participation à l'enquête (« non » à P1 et P1a), motif :

1 ☐ refus ; préciser la raison ci-dessous
2 ☐ état de santé de l'enfant
3 ☐ état de santé de la mère
4 ☐ mineure
5 ☐ IMG, MFIU
6 ☐ accouchement sous X
7 ☐ problème de langue
8 ☐ sortie très précoce (avant information par l'enquêteur)
9 ☐ autre ; *préciser :* _____

Si non à P1 et P1a,
remplir uniquement le « questionnaire minimal »
en toute fin de ce livret (p19).

FEMMES PARTICIPANT A L'ENQUETE

A remplir pour toutes les femmes

A1 - Maternité : *(numéro FINESS géographique de l'établissement)* .....

A2 - Numéro de la mère dans l'enquête : .....

A3 - Ordre de la naissance si naissance multiple : *coder 0 si naissance unique* .....

A4 - Date de naissance de l'enfant : *(jj/mm)* ..... J J / M M

A5 - Heure de naissance de l'enfant : *(hh)* ..... H H

ENQUETE AUPRES DE LA FEMME

A5 - Date *(jj/mm)* ..... le J J M M

Poser les questions telles quelles ; proposer les réponses uniquement si elles sont «en gras».

Je vous remercie d'avoir accepté de participer à l'enquête.
Je vais vous poser des questions sur vous, votre grossesse, votre accouchement et votre bébé.
Si une question vous gêne, vous n'êtes pas obligée d'y répondre.

LA SITUATION SOCIO-DÉMOGRAPHIQUE

B1 - Quelle est votre date de naissance ? ..... M M A A

B2 - Quel est votre niveau d'études ?

- 0 ☐ non scolarisée
- 1 ☐ primaire
- 2 ☐ niveau collège (1er cycle : 6ème à 3ème)
- 3 ☐ enseignement professionnel court (y compris SES, SEGPA, CAP, BEP)
- 4 ☐ niveau lycée, enseignement général (y compris bac général)
- 5 ☐ niveau lycée, enseignement technologique (yc bac techno)
- 6 ☐ niveau lycée, enseignement professionnel (yc bac pro)
- 7 ☐ niveau baccalauréat + 1 ou 2 ans (yc DUT, BTS)
- 8 ☐ niveau baccalauréat + 3 ou 4 ans (yc licence, maitrise)
- 9 ☐ niveau baccalauréat + 5 ans ou plus (yc dipl ingénieur)

B3 - Dans quel département habitez-vous ? .....

B4 - Et dans quelle commune habitez-vous ? *Inscrire le nom en clair*

Préciser l'arrondissement si Paris, Lyon, Marseille .....

Nous ne souhaitons pas connaître l'adresse exacte pour recontacter les femmes. La commune est utile, dans une perspective de recherche, par exemple pour savoir si la femme habite en milieu rural ou urbain.

03

B5 - Quelle est votre nationalité ?

1 ☐ française
2 ☐ étrangère

Si nationalité étrangère, B5a - *l'inscrire en clair :* ☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐

B6 - Dans quel pays êtes-vous née ?

1 ☐ France (métropole et DOM)
2 ☐ autre pays

Si hors de France,

B6a - *inscrire le pays en clair :* ☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐

B6b - **En quelle année êtes-vous arrivée en France ?** ..... ☐☐☐☐

B7 - Actuellement vivez-vous en couple ?

1 ☐ **oui, avec une personne qui vit dans le même logement que vous**
2 ☐ **oui, avec une personne qui ne vit pas dans le même logement que vous**
3 ☐ **non, vous ne vivez pas en couple**

B8 - Etes-vous mariée ou pacsée ? ..... 0 ☐ non 1 ☐ mariée 2 ☐ pacsée

B9 - Quelle est votre profession actuelle ou la dernière exercée ?
Indiquer la profession de manière détaillée :

☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐

B10 - Actuellement ou au cours de votre dernier emploi, étiez-vous ?

1 ☐ **salariée ou stagiaire rémunérée**
2 ☐ **travailleuse indépendante ou à votre compte**
3 ☐ **vous aidiez une personne dans son travail sans être rémunérée**

B11 - A la fin de votre grossesse, aviez-vous un emploi ? *(coder oui si en congé parental pour un enfant précédent)*
..... 0 ☐ non 1 ☐ oui

Si non,

B11a - **Étiez-vous ?**

1 ☐ **au chômage, demandeuse d'emploi ou à la recherche d'un emploi**
2 ☐ **étudiante ou élève** (y compris stage de formation)
3 ☐ **femme au foyer**
4 ☐ **dans une autre situation ;** *préciser en clair :* _____

B12 - Avez-vous travaillé pendant votre grossesse ? ..... 0 ☐ non 1 ☐ oui

Si oui,

B12a - **Quand avez-vous interrompu votre travail, c'est-à-dire sans le reprendre jusqu'à l'accouchement ?** ..... J J / M M / A A

B12b - **Au moment d'interrompre votre travail, étiez-vous ?**

1 ☐ **à temps plein** 2 ☐ **à temps partiel**

➔*Si la femme ne vit pas en couple, passez à la question B16.*

B13 - Quelle est la profession actuelle (ou la dernière profession) de la personne avec qui vous vivez en couple ?
Indiquer la profession de manière détaillée :

☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐

B14 - Actuellement ou au cours de son dernier emploi, cette personne était-elle ?

1 ☐ **Salariée ou stagiaire rémunérée**
2 ☐ **Indépendante ou à son compte**
3 ☐ **Elle aidait une personne dans son travail sans être rémunérée**

B15 - Actuellement cette personne a-t-elle un emploi ? ..... 0 ☐ non 1 ☐ oui

Si non, **B15a - Est-elle ?**

1 ☐ **au chômage, demandeuse d'emploi ou à la recherche d'un emploi**
2 ☐ **étudiante ou élève** (y compris stage de formation)
3 ☐ **dans une autre situation** ; *préciser en clair :* _____

B16 - Pendant votre grossesse, quelles étaient les sources de revenus de votre ménage (les personnes avec lesquelles vous avez un logement en commun) **?**

B16a - Salaire ou autre revenu provenant d'une activité professionnelle : ..... 0 ☐ non 1 ☐ oui

B16b - Allocation chômage : ..... 0 ☐ non 1 ☐ oui

B16c - RSA : ..... 0 ☐ non 1 ☐ oui

B16d - Autres ressources (alloc. handicapé, ASS...) : ..... 0 ☐ non 1 ☐ oui
(ne pas noter les allocations familiales et logement)

➔ *préciser :* _____

B17 - Quel est le revenu mensuel moyen de votre ménage, en prenant en compte tous les revenus : salaires, allocations chômage, RSA, prestations familiales, revenus du patrimoine etc.
(Si les revenus sont variables, faire une moyenne). **Ce revenu est de :**

1 ☐ **moins de 500 € par mois**
2 ☐ **moins de 1.000 €**
3 ☐ **moins de 1.500 €**
4 ☐ **moins de 2.000 €**
5 ☐ **moins de 3.000 €**
6 ☐ **moins de 4.000 €**
7 ☐ **4.000 € ou plus**

B18 - Au début de votre grossesse, quelle était votre couverture sociale pour vos dépenses de santé :

1 ☐ **l'AME** (Aide Médicale de l'Etat)
2 ☐ **la CMU** (Couverture Maladie Universelle)
3 ☐ **la sécurité sociale (assurance maladie obligatoire)**
4 ☐ **aucune couverture sociale**

B19 - Au début de votre grossesse, aviez-vous une couverture maladie complémentaire :

1 ☐ **la CMU complémentaire**
2 ☐ **une mutuelle, une assurance privée ou une institution de prévoyance**
3 ☐ **aucune couverture maladie complémentaire**

B20 - Au cours du troisième trimestre de votre grossesse, viviez-vous principalement :

1 ☐ **dans un logement personnel**
2 ☐ **dans votre famille ou chez des amis**
3 ☐ **dans un foyer d'accueil, à l'hôtel**
4 ☐ **dans un autre lieu** ; *préciser :* _____

si B20 = 1 ou 2 **B20a - Combien de pièces compte ce logement ?**
(ne pas compter la cuisine, la salle de bain, et les annexes ; F3 = 3pièces) ..... ☐☐

B21 - Combien d'adultes et d'enfants vivaient principalement dans ce logement ?
(ne pas compter l'enfant qui vient de naître) ..... ☐☐

B22 - Dont combien d'enfants de moins de 14 ans ?
(ne pas compter l'enfant qui vient de naître) ..... ☐☐

LA SANTÉ AVANT LA GROSSESSE

Je vais maintenant vous poser quelques questions sur votre santé avant votre grossesse

C1 - Aviez-vous déjà été enceinte avant cette grossesse ? ..... 0 ☐ non 1 ☐ oui

Si oui, **C1a - Combien avez-vous eu d'enfants avant cette grossesse ?** ..... ☐☐

C1b - Au cours de grossesses antérieures, avez-vous eu une ou plusieurs IVG (interruptions volontaires de grossesse) ..... 0 ☐ non 1 ☐ oui

Si oui, **C1b1 - combien avez-vous eu d'IVG en tout ?** *coder 9 si 10 IVG ou plus* ..... ☐

05

C2 - Est-ce que vous avez déjà utilisé une méthode pour éviter d'être enceinte, comme la pilule, le préservatif ou le retrait par exemple ? ..... 0 ☐ non 1 ☐ oui

Si oui,

C2a - Quelle était la dernière méthode ?
citer toutes les méthodes ; coder deux méthodes si combinées

1 ☐ **la pilule**
2 ☐ **le stérilet**
3 ☐ **un implant, un patch ou un anneau vaginal**
4 ☐ **le préservatif** (masculin ou féminin)
5 ☐ **le retrait**
6 ☐ **l'abstinence périodique** (température, date ou Ogino, Billings ...)
7 ☐ **une autre méthode, laquelle ?** _____

C2b - Avez-vous arrêté cette méthode de contraception parce que :

1 ☐ **vous souhaitiez avoir un enfant**
2 ☐ **vous étiez enceinte**
3 ☐ **pour un autre motif ;** *préciser :* _____

➔ *Si réponse 2, passez à la question C4.*

C3 - Combien de temps, en mois ou années, s'est écoulé entre l'arrêt de cette méthode et le début de cette grossesse ?

1 ☐ **dès le premier mois**
2 ☐ **après un mois ou plus**
3 ☐ **ne sait pas**

Si 2, **C3a - Précisez la durée écoulée** *(années/mois) (ex : 1 an et 6 mois = 01/06 ; ne sait pas = 99/99)*

Années		Mois	
A	A	M	M

C4 - Avez-vous consulté un médecin ou une sage-femme en prévision de cette grossesse ? ..... 0 ☐ non 1 ☐ oui

C5 - Pour cette grossesse, avez-vous suivi un traitement contre l'infertilité ? ..... 0 ☐ non 1 ☐ oui

Si oui,

C5a - Quel était ce traitement ?

1 ☐ **une fécondation in vitro** (avec ou sans ICSI)
2 ☐ **une insémination artificielle**
3 ☐ **des inducteurs de l'ovulation seuls** (médicaments pour stimuler l'ovulation)
4 ☐ **un autre traitement ;** *préciser :* _____

LA GROSSESSE

Passons maintenant à votre grossesse

D1 - Quand vous avez su que vous étiez enceinte :

1 ☐ **vous étiez heureuse que cette grossesse arrive maintenant**
2 ☐ **vous auriez aimé qu'elle arrive plus tôt**
3 ☐ **vous auriez aimé qu'elle arrive plus tard**
4 ☐ **vous auriez préféré ne pas être enceinte**

D2 - Sur le plan psychologique, comment vous sentiez-vous pendant votre grossesse ?

1 ☐ **bien** 2 ☐ **assez bien** 3 ☐ **assez mal** 4 ☐ **mal**

D3 - Avez-vous déclaré votre grossesse ? ..... 0 ☐ non 1 ☐ oui

➔ *Si non, passez à la question D4*

Si a déclaré sa grossesse,

D3a - Quand ?

1 ☐ **au 1er trimestre** 2 ☐ **au 2ème trimestre** 3 ☐ **au 3ème trimestre**

Si 2ème ou 3ème trimestre en D3a :

D3a1 - Pour quelle(s) raison(s) votre déclaration a-t-elle été faite après le 1er trimestre ? *Ne pas citer les réponses, 2 réponses possibles*

1 ☐ découverte tardive de la grossesse
2 ☐ délai d'attente long pour avoir un rendez-vous
3 ☐ vous étiez en vacances
4 ☐ ne savait pas que la déclaration devait être faite au 1er trimestre
5 ☐ autre ; *préciser :* _____

Si a déclaré sa grossesse,

D3b - Qui a fait votre déclaration de grossesse ?

1 ☐ **un gynécologue ou obstétricien en ville ou dans une maternité privée**
2 ☐ **un gynécologue ou obstétricien dans une maternité publique**
3 ☐ **un généraliste**
4 ☐ **une sage-femme en maternité**
5 ☐ **une sage-femme libérale en ville**
6 ☐ **un médecin ou une sage-femme à la PMI**
7 ☐ **autre ;** *préciser :* _____

D4 - Pour le suivi de votre grossesse, après la déclaration, qui avez-vous consulté ?

D4a - Un gynécologue ou obstétricien en ville ou dans une maternité privée ? ..... 0 ☐ non 1 ☐ oui
D4b - Un gynécologue ou obstétricien dans une maternité publique ? ..... 0 ☐ non 1 ☐ oui
D4c - Un généraliste ? ..... 0 ☐ non 1 ☐ oui
D4d - Une sage-femme en maternité ? ..... 0 ☐ non 1 ☐ oui
D4e - Une sage-femme libérale en ville ? ..... 0 ☐ non 1 ☐ oui
D4f - Un médecin ou une sage-femme à la PMI ? ..... 0 ☐ non 1 ☐ oui

D5 - Durant les 6 premiers mois de votre grossesse environ, quelle était la personne principale qui a suivi votre grossesse ?

1 ☐ **un gynécologue ou obstétricien en ville ou dans une maternité privée** (ou plusieurs)
2 ☐ **un gynécologue ou obstétricien dans une maternité publique** (ou plusieurs)
3 ☐ **un généraliste** (ou plusieurs)
4 ☐ **une sage-femme en maternité** (ou plusieurs)
5 ☐ **une sage-femme libérale en ville** (ou plusieurs)
6 ☐ **un médecin ou une sage-femme à la PMI** (ou plusieurs)

D6 - Combien de consultations prénatales avez-vous eues au total, en comptant aussi les consultations en urgence ou pour un problème particulier ? ..... ☐☐

D7 - Parmi toutes ces consultations, combien étaient en urgence (sans rendez-vous) dans une maternité. ..... ☐☐

D8 - Durant votre grossesse, avez-vous consulté au moins une fois dans cette maternité ou auprès d'une personne de l'équipe médicale de cette maternité ? ..... 0 ☐ non 1 ☐ oui

D9 - Avez-vous consulté un médecin, un psychologue ou un psychothérapeute pour des difficultés psychologiques pendant votre grossesse ? ..... 0 ☐ non 1 ☐ oui

Si oui,

D9a - est-ce que c'était :

1 ☐ **un psychiatre**
2 ☐ **un autre médecin**
3 ☐ **un psychologue ou psychothérapeute**
4 ☐ **un autre professionnel ;** *préciser :* _____

D10 - Avez-vous vu une assistante sociale pendant votre grossesse ? ..... 0 ☐ non 1 ☐ oui

D11 - Avez-vous vu une diététicienne ou un autre professionnel de santé pour faire le point sur votre alimentation pendant votre grossesse ? (consultation ou réunion d'information) ..... 0 ☐ non 1 ☐ oui

D12 - Avez-vous été hospitalisée pendant cette grossesse ? *(y compris les hospitalisations de jour)* : ..... 0 ☐ non 1 ☐ oui

Si oui, **D12a - Quelle a été la durée totale de vos hospitalisations ?** *(en jours)* ..... ☐☐

D13 - Avez-vous eu des visites à domicile par une sage-femme *(y compris HAD)* **?**

0 ☐ **non**
1 ☐ **oui, par une sage-femme de PMI**
2 ☐ **oui, par une sage-femme libérale**
3 ☐ **oui, par une sage-femme de l'hôpital**
4 ☐ **oui, par une sage-femme de statut inconnu**

D14 - Avez-vous eu un entretien individuel prolongé avec une sage-femme ou un médecin, appelé « entretien précoce » ou « entretien du 4ème mois » ? ..... 0 ☐ non 1 ☐ oui 2 ☐ ne sait pas

Si oui,
- **D14a** - Qui l'a réalisé ?
  - 1 ☐ une sage-femme de la maternité
  - 2 ☐ une sage-femme libérale en ville
  - 3 ☐ une sage-femme de PMI
  - 4 ☐ un gynécologue-obstétricien
  - 5 ☐ une autre personne ; *préciser :* _____
- **D14b** - A quel mois de l'année a-t-il été fait ? (janv=01) ..... ☐☐
- **D14c** - A la fin de cet entretien, vous a-t-on conseillé de prendre un rendez-vous avec une personne particulière, en dehors de votre suivi médical pour la grossesse, par exemple une assistante sociale, un psychologue, une personne spécialisée dans la consommation de tabac, d'alcool, de drogue. ..... 0 ☐ non 1 ☐ oui

Pour toutes les femmes

D15 - Avez-vous reçu le carnet de maternité ? *Montrer la couverture* ..... 0 ☐ non 1 ☐ oui 2 ☐ ne sait pas

Si oui,
- **D15a** - Comment l'avez-vous eu ?
  - 1 ☐ par votre médecin ou votre sage-femme libérale, à son cabinet
  - 2 ☐ par la maternité où vous avez consulté
  - 3 ☐ par la poste (envoi de la PMI, de votre Caisse d'Assurance...)
  - 4 ☐ vous ne savez pas

D16 - Avez-vous suivi des séances de préparation à la naissance pendant cette grossesse ? ..... 0 ☐ non 1 ☐ oui

Si oui, **D16a** - Combien : ..... ☐☐

Passons maintenant à votre santé, vos examens et la prévention pendant votre grossesse :

E1 - Quel était votre poids : **E1a** - avant cette grossesse ? *(en kg)* ..... ☐☐☐

E1b - à la fin de cette grossesse ? *(en kg)* ..... ☐☐☐

E2 - Quelle est votre taille exacte ? *(en cm)* ..... ☐☐☐

E3 - Fumiez-vous juste avant votre grossesse (sans compter les cigarettes électroniques) ? ..... 0 ☐ non 1 ☐ oui

Si oui, **E3a** - Combien de cigarettes fumiez-vous en moyenne par jour ? ..... ☐☐

Si non, **E3b** - Aviez-vous arrêté de fumer en prévision de cette grossesse ? ..... 0 ☐ non 1 ☐ oui

E4 - Au 3ème trimestre de la grossesse, combien de cigarettes fumiez-vous en moyenne par jour (sans compter les cigarettes électroniques) ? *à poser aussi aux femmes qui ne fumaient pas avant* ..... ☐☐

E5 - Combien avez-vous eu d'échographies <u>en tout</u> ? *(quel que soit le lieu)* ..... ☐☐

E6 - Avez-vous eu une mesure de l'épaisseur de la nuque (clarté nucale) à l'échographie du 1er trimestre pour connaître le risque de trisomie 21 ? ..... 0 ☐ non 1 ☐ oui 2 ☐ ne sait pas

E7 - Avez-vous eu un dosage sanguin pour connaître le risque de trisomie 21 (marqueurs sériques)? ..... 0 ☐ non 1 ☐ oui 2 ☐ ne sait pas

Si non,
- **E7a** - Pourquoi n'avez-vous pas eu ce dosage ?
  - 1 ☐ non proposé
  - 2 ☐ refus
  - 3 ☐ consultation trop tardive/grossesse non suivie ou à l'étranger
  - 4 ☐ amniocentèse d'emblée (ou biopsie de trophoblaste)
  - 5 ☐ autre raison ; *préciser :* _____
  - 6 ☐ ne sait pas

E8 - Avez-vous eu une prise de sang qui permet de savoir si le bébé est atteint ou non de trisomie, appelée dépistage prénatal non invasif ou DPNI (analyse de l'ADN/des gènes du bébé sur une de vos prises de sang, différent du dépistage par marqueurs sériques) ? ..... 0 ☐ non 1 ☐ oui 2 ☐ ne sait pas

E9 - Avez-vous eu un des examens suivants ?

1 ☐ **une amniocentèse**
2 ☐ **une biopsie du trophoblaste**
3 ☐ **aucun de ces examens**
4 ☐ **vous ne savez pas**

E10 - Avez-vous eu un dépistage du diabète pendant la grossesse ? ..... 0 ☐ non 1 ☐ oui 2 ☐ ne sait pas

E11 - A-t-on déjà dit à vos parents, frères, sœurs ou enfants qu'ils avaient un diabète ? (type 1, type 2, gestationnel) ..... 0 ☐ non 1 ☐ oui 2 ☐ ne sait pas

E12 - Avez-vous eu un frottis cervical pour le dépistage du cancer du col pendant la grossesse ? ..... 0 ☐ non 1 ☐ oui 2 ☐ ne sait pas

Si non, **E12a - En avez-vous eu un dans les trois années précédant cette grossesse ?** ..... 0 ☐ non 1 ☐ oui 2 ☐ ne sait pas

E13 - Avez-vous été vaccinée contre la grippe saisonnière pendant votre grossesse ? ..... 0 ☐ non 1 ☐ oui 2 ☐ ne sait pas

Si oui, **E13a - Qui vous a prescrit le vaccin ?**

1 ☐ un gynécologue /obstétricien
2 ☐ une sage-femme
3 ☐ un généraliste
4 ☐ une autre personne

Si non, **E13b - Pourquoi ?** *(2 réponses possibles)*

1 ☐ **On ne vous l'a pas proposé**
2 ☐ **On vous l'a proposé, mais vous avez refusé**
3 ☐ **autre ;** *préciser :* _____

E14 - Avez-vous reçu un rappel vaccinal incluant la coqueluche dans les 10 dernières années ?

0 ☐ **non**
1 ☐ **oui, votre vaccination était à jour avant la grossesse**
2 ☐ **oui, vous venez d'être vaccinée après votre accouchement**
3 ☐ **vous ne savez pas**

E15 - Pendant le suivi de votre grossesse ou à la maternité, vous a-t-on recommandé de vous vacciner contre la coqueluche aussitôt après l'accouchement ? ..... 0 ☐ non 1 ☐ oui 2 ☐ ne sait plus

E16 - Avez-vous pris de l'acide folique (vitamine B9) pour cette grossesse pour prévenir des anomalies du système nerveux du bébé ? ..... 0 ☐ non 1 ☐ oui 2 ☐ ne sait pas

Si oui, **E16a - Quand avez-vous commencé ?**

1 ☐ **avant votre grossesse**
2 ☐ **dans le premier mois de grossesse**
3 ☐ **après le premier mois de grossesse**
4 ☐ **ne sait pas**

E17 - Pendant votre grossesse, un professionnel vous-a-t-il interrogée sur votre consommation de tabac ? ..... 0 ☐ non 1 ☐ oui

E18 - Si vous fumiez, vous-a-t-il donné des conseils pour arrêter? ..... 0 ☐ non 1 ☐ oui 2 ☐ vous ne fumiez pas

E19 - Pendant votre grossesse un professionnel vous-a-t-il interrogée sur votre consommation d'alcool ? ..... 0 ☐ non 1 ☐ oui

E20 - Vous a-t-il recommandé de ne pas boire d'alcool pendant la grossesse ? ..... 0 ☐ non 1 ☐ oui

L'ACCOUCHEMENT ET L'ENFANT

Je vais maintenant vous poser quelques questions au sujet de votre accouchement

F1 - Combien de temps de transport avez-vous mis pour venir à la maternité pour accoucher ? *(en minutes)*.... ☐☐☐
(coder 999 si accouchement hors maternité)

F2 - Etes-vous venue à la maternité avec des demandes particulières concernant le déroulement de votre accouchement (par exemple pouvoir bouger pendant l'accouchement, garder des vêtements personnels, ne pas avoir d'épisiotomie, etc) ?

1 ☐ **vous avez écrit un projet de naissance**
2 ☐ **vous avez parlé de vos demandes en arrivant pour accoucher**
3 ☐ **vous aviez des demandes, mais vous n'avez pas pu en parler**
4 ☐ **vous n'aviez pas de demandes particulières**

Si réponse 1 ou 2
F2a - Pensez-vous que l'équipe a fait de son mieux pour satisfaire vos demandes, compte tenu du déroulement de l'accouchement :
1 ☐ **tout à fait**
2 ☐ **plutôt oui**
3 ☐ **plutôt non**
4 ☐ **pas du tout**

F3 - Comment avez-vous accouché ?

1 ☐ **par voie basse**
2 ☐ **par césarienne avant le début du travail**
3 ☐ **par césarienne durant le travail**

➔ *Si césarienne avant travail (réponse 2), passez à la question F11*

F4 - Avant votre accouchement, souhaitiez-vous avoir une analgésie péridurale pour soulager la douleur ?

0 ☐ **non**
1 ☐ **oui absolument**
2 ☐ **oui peut être, vous hésitiez**

F5 - Pendant votre accouchement, avez-vous eu quelque chose pour soulager la douleur ? *Poser toutes les questions*

F5a - Une analgésie péridurale (y compris rachi ou péri-rachianesthésie) : ..... 0 ☐ non 1 ☐ oui

Si oui
F5a.1 - Avez-vous eu une petite pompe sur laquelle appuyer pour gérer vous-même les réinjections de votre péridurale (PCEA) : ..... 0 ☐ non 1 ☐ oui

F5b - Des médicaments (injections, perfusions, comprimés, gaz à respirer etc) : ... 0 ☐ non 1 ☐ oui

F5c - Une méthode non médicamenteuse (massages, positions, bain, acupuncture, ballon, sophrologie, hypnose, réflexologie, etc) :

0 ☐ non 1 ☐ oui : *préciser :* _____

F6 - Etes-vous satisfaite de ce que vous avez eu pour soulager la douleur ou vous aider pendant les contractions ?

1 ☐ **très satisfaite**
2 ☐ **plutôt satisfaite**
3 ☐ **peu satisfaite**
4 ☐ **pas du tout satisfaite**

F7 - En salle d'accouchement, vous-a-t-on autorisé à boire ou à manger ?

0 ☐ **non** 1 ☐ **boire seulement** 2 ☐ **boire et manger**

➔ *Si césarienne durant travail passez à la question F11*

F8 - Dans quelle position étiez-vous au moment où vous avez commencé à pousser votre bébé (début des efforts expulsifs) ?

1 ☐ sur le dos (étriers, position gynécologique, cale-pieds etc)
2 ☐ sur le côté
3 ☐ à 4 pattes ou à genoux
4 ☐ autre ; *préciser :* _____

F9 - Quelle était votre position lorsque votre bébé est né (quand le médecin ou la sage-femme a sorti votre bébé) ?

1 ☐ sur le dos (étriers, position gynécologique, cale-pieds etc)
2 ☐ sur le côté
3 ☐ à 4 pattes ou à genoux
4 ☐ autre ; *préciser :* _____

F10 - Qui a réalisé la mise au monde de votre bébé ?

1 ☐ **un gynécologue ou un obstétricien**
2 ☐ **une sage-femme (ou étudiant sage-femme)**
3 ☐ **une autre personne ;** *préciser :* _____

Pour toutes les femmes

F11 - Nous allons maintenant parler de votre bébé : avez-vous essayé une mise au sein dans les deux premières heures suivant la naissance ? ..... 0 ☐ non 1 ☐ oui

F12 - Aujourd'hui comment votre enfant est-il nourri ?

1 ☐ **au lait maternel uniquement**
2 ☐ **au lait premier âge (ou lait préma) uniquement**
3 ☐ **allaitement mixte (lait maternel et lait premier âge ou lait préma)**

F13 - Depuis que vous avez accouché, le personnel de la maternité vous a-t-il conseillé de toujours coucher votre bébé sur le dos quand il dort ? ..... 0 ☐ non 1 ☐ oui

****

Je vous remercie d'avoir pris le temps de répondre à ces questions.
Je voudrais maintenant terminer en vous demandant de remplir ce questionnaire
Donner le questionnaire à la femme avec l'enveloppe ;
Il s'agit de questions personnelles et vous êtes libre de répondre.

Si la femme a des difficultés pour répondre seule au questionnaire, vous pouvez l'aider et lire les questions
Ne lisez pas la dernière question (violences physiques) si une personne proche de la femme est présente.

En sortant de la chambre, pensez à remplir la partie «bilan» (p.17)

DONNÉES DU DOSSIER MEDICAL

G1 - Date de naissance de la mère ..... M M / A A

SITUATION AVANT LA GROSSESSE

G2 - Hypertension antérieure à la grossesse

- 0 ☐ non
- 1 ☐ HTA chronique
- 2 ☐ HTA pendant une grossesse antérieure uniquement

G3 - Diabète antérieur à la grossesse

- 0 ☐ non
- 1 ☐ DID (insulino-dépendant), type 1
- 2 ☐ DNID (non insulino-dépendant), type 2
- 3 ☐ Diabète gestationnel *(pour une grossesse antérieure)*

G4 - Autre(s) pathologie(s) chronique(s) sévère(s) et handicap(s) avant la grossesse

- 0 ☐ non
- 1 ☐ oui ; *préciser :* _____

G5 - Nombre total de grossesses *(grossesse actuelle non comprise)* ..... ☐☐

G6 - Nombre d'accouchements *(accouchement actuel non compris)* ..... ☐☐

G7 - Nombre de mort-nés *(grossesse actuelle non comprise)* ..... ☐

G8 - Nombre de décès néonatals *(entre 0 et 27 jours) (grossesse actuelle non comprise)* ..... ☐

G9 - Nombre d'enfants nés prématurés *(<37 semaines) (grossesse actuelle non comprise)* ..... ☐

G10 - Nombre d'enfants nés hypotrophes *(petit poids pour l'âge gestationnel) (grossesse actuelle non comprise)* ..... ☐

G11 - Nombre d'enfants nés macrosomes *(grossesse actuelle non comprise)* ..... ☐

G12 - Nombre de césariennes *(grossesse actuelle non comprise)* ..... ☐

G13 - Date de début de grossesse ..... J J / M M / A A

PATHOLOGIES INFECTIEUSES PENDANT LA GROSSESSE : DÉPISTAGES, TRAITEMENTS

H1 - Statut sérologique vis-à-vis de la rubéole

- 1 ☐ absence d'IgG (femme **séronégative**)
- 2 ☐ présence d'IgG spécifiques (femme **immunisée**)
- 3 ☐ examen non fait
- 4 ☐ statut inconnu

H1a - Pour les femmes séronégatives pour la rubéole : vaccination réalisée en suites de couches ..... 0 ☐ non 1 ☐ oui 2 ☐ inconnu

H2 - Dépistage du VIH <u>au cours</u> de la grossesse

- 1 ☐ test négatif (Ac anti-VIH négatifs)
- 2 ☐ test positif (Ac anti-VIH positifs)
- 3 ☐ test non fait car femme déjà connue comme séropositive pour le VIH avant la grossesse
- 4 ☐ test non fait car sérologie VIH négative récente
- 5 ☐ test non fait pour une autre raison (refus, grossesse non suivie ...)
- 6 ☐ pas d'information concernant la réalisation ou le résultat du test

H3 - Recherche de l'antigène HBs au cours de la grossesse *(attention, il ne s'agit pas des Ac anti-HBs)*

1 ☐ Ag HBs négatif
2 ☐ Ag HBs positif
3 ☐ test non fait car portage de l'Ag HBs connu avant la grossesse
4 ☐ test non fait pour une autre raison (femme vaccinée, grossesse non suivie...)
5 ☐ pas d'information concernant la réalisation ou le résultat du test

Si Ag HBs positif — **H3a -, date de découverte :**
1 ☐ à l'occasion de cette grossesse
2 ☐ avant cette grossesse
3 ☐ information non disponible

H4 - Statut sérologique vis-à-vis de la toxoplasmose *(résultat du dernier test réalisé pendant la grossesse) :*

1 ☐ absence d'anticorps (femme **séronégative**)
2 ☐ présence d'IgG spécifiques (femme **immunisée**)
3 ☐ séroconversion : positivation de la sérologie pendant la grossesse
4 ☐ statut non connu

H5 - Vaccination de la mère contre la coqueluche réalisée en suites de couches ... 0 ☐ non 1 ☐ oui 2 ☐ inconnu

AUTRES PATHOLOGIES ET COMPLICATIONS

I1 - Menace d'accouchement prématuré ayant nécessité une hospitalisation ..... 0 ☐ non 1 ☐ oui

Si oui — **I1a - date de l'hospitalisation** *(la 1ère si plusieurs)* ..... J J M M
I1b- durée totale d'hospitalisation *(en jours)* .....

I2 - Placenta prævia (bas inséré ou recouvrant) :

0 ☐ non
1 ☐ oui sans hémorragie
2 ☐ oui avec hémorragie

I3 - Hypertension artérielle pendant la grossesse *(systolique ≥ 140 ou diastolique ≥ 90)*

0 ☐ non
1 ☐ oui avec protéinurie *(≥ 0,3 g/l ou par 24h)*
2 ☐ oui sans protéinurie

Si oui — **I3a - date au diagnostic** ..... J J M M
I3b - hospitalisation : ..... 0 ☐ non 1 ☐ oui

I4 - Diabète gestationnel

0 ☐ non
1 ☐ oui traité par insuline
2 ☐ oui traité par régime (sans insuline)
3 ☐ oui mais traitement inconnu

I5 - Mention en clair dans le dossier d'une suspicion d'anomalie de poids fœtal pendant la grossesse

0 ☐ non
1 ☐ oui, RCIU, hypotrophie, PAG, petit poids etc
2 ☐ oui, macrosomie, gros bébé etc.

➔ *Si grossesse multiple, passez à la question I10.*

I6 - Poids fœtal (en g) estimé à l'échographie du 3ème trimestre *(la plus proche de 32 SA)* ..... ☐☐☐☐

I7 - Age gestationnel à cette estimation du poids *(en SA + jour)* ..... SA ☐☐ + J ☐

I8 - Percentile du poids fœtal estimé lors de cette échographie :

1 ☐ < 5ème p 2 ☐ 5-9ème p 3 ☐ 10-90ème p 4 ☐ 91-95ème p
5 ☐ > 95ème p 6 ☐ non précisé 7 ☐ compte-rendu non disponible

I9 - Percentile du périmètre abdominal lors de cette échographie :

1 ☐ < 5ème p 2 ☐ 5-9ème p 3 ☐ 10-90ème p 4 ☐ 91-95ème p
5 ☐ > 95ème p 6 ☐ non précisé 7 ☐ compte-rendu non disponible

I10 - Autre(s) pathologie(s) sévère(s) et complication(s) en cours de grossesse

0 ☐ non
1 ☐ oui ; *préciser :* _____

I11 - Administration anténatale de corticoïdes pour maturation fœtale ..... 0 ☐ non 1 ☐ oui

Si oui, { **I11a - Date de la première cure** *(jj/mm)* ..... J J M M

I12 - Transfert in utero d'une autre maternité pour hospitalisation ou accouchement ..... 0 ☐ non 1 ☐ oui

La suite du questionnaire est à remplir pour chaque enfant, en cas de grossesse multiple

ACCOUCHEMENT

J1 - Grossesse : 1 ☐ unique 2 ☐ gémellaire 3 ☐ triple ou plus

J2 - Age gestationnel à l'accouchement *(semaines/jours d'aménorrhée)* ..... SA ☐☐ + J ☐

J3 - Présentation
1 ☐ céphalique
2 ☐ siège
3 ☐ autre

J4 - Début du travail
1 ☐ travail spontané
2 ☐ déclenchement (y compris maturation du col seul)
3 ☐ césarienne avant début du travail

Si déclenchement, { **J4a - méthode utilisée initialement**
1 ☐ ocytocine seule
2 ☐ maturation cervicale

Si maturation cervicale, { **J4a1 - technique(s) utilisée(s)** *(2 réponses possibles)*
1 ☐ propess®, gel de prostaglandine
2 ☐ misoprostol (cytotec®, Misodel® etc)
3 ☐ autre (ballonnet, laminaires etc) ; *préciser :* _____

Si déclenchement ou césarienne avant travail { **J4b - motif(s)** *(2 motifs possibles)*
1 ☐ post-terme ou prévention du post-terme
2 ☐ rupture prématurée des membranes
3 ☐ anomalie de la présentation
4 ☐ suspicion de macrosomie
5 ☐ RCIU, petit poids pour l'âge gestationnel, hypotrophie
6 ☐ autre anomalie de la vitalité fœtale
7 ☐ utérus cicatriciel
8 ☐ diabète gestationnel ou préexistant
9 ☐ placenta prævia
10 ☐ autre pathologie maternelle
11 ☐ sans motif médical
12 ☐ autre ; *préciser :* _____

J5 - Rupture de la poche des eaux :

1 ☐ spontanée avant travail
2 ☐ spontanée durant le travail
3 ☐ artificielle durant le travail ou en cours de césarienne

J6 - Date de rupture de la poche des eaux *(jour/mois/heures/minutes)* ..... J J M M / H H M N

➔ *Si césarienne avant travail, passez à la question J18.*

J7 - Date et heure d'entrée en salle d'accouchement (pour l'accouchement) *(jour/mois/heures/minutes)* ..... J J M M / H H M N

J8 - Dilatation cervicale à l'entrée en salle d'accouchement (pour l'accouchement) *(en cm, noter 00 si col fermé, 10 si dilatation complète)* ..... ☐☐

J9 - Date en heures et minutes lors de la dilatation cervicale à 10 cm *(dilatation complète)* *(noter 99 99 si césarienne durant travail avant 10 cm)* ..... H H M N

J10 - Ocytociques pendant le travail : ..... 0 ☐ non 1 ☐ oui

Si oui, **J10a - date en heures et minutes au début du traitement** ..... H H M N

J11 - Si travail spontané ou déclenché, analgésie pendant le travail

0 ☐ aucune
1 ☐ péridurale
2 ☐ rachianalgésie
3 ☐ péri-rachi combinée (ou rachi-péri séquentielle)
4 ☐ analgésie parentérale
5 ☐ autre ; *préciser :* _____
(Si PCEA sans autre indication dans le dossier, coder 1)

Si 1, 2 ,3 **J11a - date en heures et minutes lors de la pose** ..... H H M N

J12 - Accouchement

1 ☐ voie basse non instrumentale
2 ☐ forceps
3 ☐ spatules
4 ☐ ventouse
5 ☐ césarienne

J13 - Si voie basse (spontanée ou instrumentale), durée totale des efforts expulsifs *(minutes)* ? ..... ☐☐☐

J14 - Episiotomie : ..... 0 ☐ non 1 ☐ oui

J15 - Déchirure

0 ☐ non
1 ☐ déchirure du 1er degré ou déchirure périnéale simple (2ème degré)
2 ☐ périnée complet, ou complet-compliqué (3ème ou 4ème degré)

J16 - Si césarienne durant travail, dilatation cervicale lors du passage au bloc opératoire *(en cm, noter 00 si col fermé, 10 si dilatation complète)* ..... ☐☐

J17 - Motif de césarienne pendant travail ou de voie basse instrumentale *(deux motifs possibles)*

1 ☐ stagnation de la dilatation et/ou non-engagement de la présentation (dystocie) ou non progression de la présentation
2 ☐ anomalie du RCF ou du pH / lactates au scalp
3 ☐ autre indication fœtale
4 ☐ indication maternelle
5 ☐ autre ; *préciser :* _____

J18 - Si césarienne ou extraction instrumentale, mode d'anesthésie

1 ☐ péridurale
2 ☐ rachianesthésie
3 ☐ péri-rachi combinée (ou rachi-péri séquentielle)
4 ☐ anesthésie générale
5 ☐ autre ; *préciser :* _____

Pour toutes les femmes

J19 - Injection préventive d'ocytociques *(y compris pour les femmes ayant eu une césarienne) (2 choix possibles)*

- 0 ☐ non
- 1 ☐ bolus ou IV lente au moment du dégagement des épaules ou rapidement après la naissance
- 2 ☐ perfusion d'entretien dans les heures suivant la naissance

J20 - Hémorragie sévère du post-partum *(au moins un des critères suivants : pertes sanguines ≥ 1000 mL, embolisation, chirurgie (ligature vasculaire, suture utérine compressive, hystérectomie), transfusion de concentrés globulaires).* ..... 0 ☐ non 1 ☐ oui

J21 - Hospitalisation particulière ou transfert de la mère

- 0 ☐ non
- 1 ☐ en réanimation ou en soins intensifs
- 2 ☐ en unité de surveillance continue (USC)
- 3 ☐ dans un autre service pour raison médicale maternelle
  préciser la spécialité médicale du service : _____
- 4 ☐ pour accompagner l'enfant
- 5 ☐ en Centre Périnatal de Proximité (CPP)

Si 1, 2 ou 3 { **J21a - motif** _____

Si 1, 2 { **J21b - durée :** 1 ☐ moins de 24 heures, 2 ☐ 24 heures ou plus

ENFANT

K1 - Résultat du pH au cordon ..... ☐ ☐☐

K2 - Un ou plusieurs prélèvements bactériologiques périphériques réalisés en salle de naissance (type prélèvement gastrique, oreille, anus) : ..... 0 ☐ non 1 ☐ oui 2 ☐ ne sait pas

K3 - Gestes techniques en raison de l'état à la naissance

K3a - Ventilation au masque : 0 ☐ non 1 ☐ au ballon 2 ☐ Néopuff 3 ☐ moyen non précisé

K3b - PPC nasale (CPAP) : ..... 0 ☐ non 1 ☐ oui

K3c - Intubation : ..... 0 ☐ non 1 ☐ oui

K4 - Apgar à 1 minute ..... ☐☐

K5 - Apgar à 5 minutes ..... ☐☐

K6 - Sexe : 1 : masculin ; 2 : féminin ..... ☐

K7 - Poids *(grammes)* ..... ☐☐☐☐

K8 - Taille *(cm)* ..... ☐☐

K9 - Périmètre crânien *(cm)* ..... ☐☐

K10 - Anomalie congénitale

- 0 ☐ non
- 1 ☐ oui ; *préciser de manière détaillée :* _____

K11 - Décès en maternité (si naissance vivante) : ..... 0 ☐ non 1 ☐ oui

K12 - Transfert de l'enfant, mutation, ou hospitalisation particulière dans la maternité

0 ☐ non
1 ☐ en réanimation ou en soins intensifs
2 ☐ en néonatalogie
3 ☐ en unité de néonatalogie dans la maternité (y compris unité kangourou)
4 ☐ autre ; *préciser :* _____

Si en dehors de la maternité (réponses 1, 2, 4)

K12a - transfert ou mutation :
1 ☐ dans le même établissement (même site)
2 ☐ dans un autre établissement

Si réponses 1 à 4

K12b - Motif du transfert, ou de l'hospitalisation particulière dans la maternité
(deux motifs possibles)
1 ☐ prématurité ou hypotrophie (petit poids pour l'âge gestationnel)
2 ☐ détresse respiratoire
3 ☐ suspicion d'infection
4 ☐ anomalie congénitale
5 ☐ autre ; *préciser :* _____

K13 - Si nouveau-né de mère antigène HBs positive, sérovaccination à la naissance

0 ☐ non
1 ☐ oui
2 ☐ non connu

K14 - Vaccination du nouveau-né contre la tuberculose par le vaccin BCG avant la sortie de la maternité

0 ☐ non
1 ☐ oui
2 ☐ non connu

K15 - Date de sortie de la mère de la maternité (jj/mm) ..... J J M M

K16 - *Si le suivi de la grossesse a été réalisé en partie en dehors de la maternité,* description du dossier médical : les informations sur le suivi de la grossesse et sur l'accouchement sont inscrites sur un dossier commun partagé depuis la déclaration de grossesse :

0 ☐ non
1 ☐ dossier papier commun
2 ☐ dossier informatique commun

LE BILAN (A remplir pour tous les questionnaires lorsque la femme a accepté de participer)

L1 - Présence d'une tierce personne lors de l'entretien en face-à-face et du remplissage de l'auto-questionnaire

0 ☐ non
1 ☐ oui ; *préciser qui :* _____
2 ☐ pas d'entretien ni d'auto-questionnaire

L2 - Déroulement de l'entretien en face-à-face

1 ☐ réponses de la femme sans aide
2 ☐ réponses aidées d'un proche
3 ☐ réponses aidées de l'enquêteur
4 ☐ pas d'entretien

L3 - Remplissage de l'auto-questionnaire

1 ☐ rempli par la femme sans aide
2 ☐ rempli par la femme avec l'aide de l'enquêteur ou d'une autre personne
3 ☐ lu et rempli par l'enquêteur
4 ☐ pas d'auto-questionnaire

L4 - Si entretien impossible ou difficile, pourquoi ?

1 ☐ refus de la femme ; préciser la raison ci-dessous
2 ☐ état de santé de l'enfant
3 ☐ état de santé de la mère
4 ☐ problème de langue
5 ☐ autre ; *préciser :* _____

L5 - Si auto-questionnaire impossible ou difficile, pourquoi ?

1 ☐ refus de la femme ; préciser la raison ci-dessous
2 ☐ état de santé de l'enfant
3 ☐ état de santé de la mère
4 ☐ problème de langue
5 ☐ autre ; *préciser :* _____

QUESTIONNAIRE MINIMAL

POUR LES FEMMES NE PARTICIPANT PAS A L'ENQUÊTE

LIEU D'ACCOUCHEMENT

Q1 - Statut : 1 ☐ Public ou ESPIC (privé d'intérêt collectif) 2 ☐ Privé

Q2 - Niveau de spécialisation de la maternité : 1 ☐ Type 1 2 ☐ Type 2 3 ☐ Type 3

MÈRE

Q3 - Age de la mère 1 ☐ < 20 2 ☐ 20-24 3 ☐ 25-29 4 ☐ 30-34 5 ☐ 35-39 6 ☐ 40-44 7 ☐ 45 et +

Q4 - Nombre d'accouchement(s) *(accouchement actuel non compris)* ..... ☐☐

Q5 - Antécédent de césarienne *(grossesse actuelle non comprise)* ..... 0 ☐ non 1 ☐ oui

Q6 - Grossesse : 1 ☐ unique 2 ☐ gémellaire

Q7 - Age gestationnel à l'accouchement *(semaines/jours d'aménorrhée)* ..... SA ☐☐ + J ☐

Q8 - Début du travail 1 ☐ travail spontané 2 ☐ déclenchement du travail (y compris maturation du col seule)
3 ☐ césarienne avant début de travail

ENFANT 1

Q9 - Etat à la naissance 1 ☐ Vivant 2 ☐ mort-né 3 ☐ IMG

Q10 - Présentation 1 ☐ céphalique 2 ☐ siège 3 ☐ autre

Q11 - Accouchement 1 ☐ voie basse non instrumentale 2 ☐ forceps, spatules, ventouse
3 ☐ césarienne

Q12 - Poids *(grammes)* ..... ☐☐☐☐

Q13 - Apgar à 5 minutes ..... ☐☐

Q14 - Transfert de l'enfant en réanimation, SI, néonatalogie, unité kangourou ..... 0 ☐ non 1 ☐ oui

Q15 - Allaitement maternel *(exclusif ou mixte)* **avant la sortie** ..... 0 ☐ non 1 ☐ oui

ENFANT 2

Q16 - Etat à la naissance 1 ☐ Vivant 2 ☐ mort-né 3 ☐ IMG

Q17 - Présentation 1 ☐ céphalique 2 ☐ siège 3 ☐ autre

Q18 - Accouchement 1 ☐ voie basse non instrumentale 2 ☐ forceps, spatules, ventouse
3 ☐ césarienne

Q19 - Poids *(grammes)* ..... ☐☐☐☐

Q20 - Apgar à 5 minutes ..... ☐☐

Q21 - Transfert de l'enfant en réanimation, SI, néonatalogie, unité kangourou ..... 0 ☐ non 1 ☐ oui

Q22 - Allaitement maternel *(exclusif ou mixte)* **avant la sortie** ..... 0 ☐ non 1 ☐ oui

Annexe 4 - Questionnaire auto-administré

A remplir par l'enquêteur

Maternité : (numéro FINESS géographique de l'établissement)

Numéro de la mère dans l'enquête :

Nous souhaitons vous poser quelques questions personnelles.
Vous êtes libre d'y répondre
et nous vous rappelons que vos réponses sont confidentielles.

Dans les pages suivantes
merci de bien vouloir remplir le questionnaire :
en cochant les cases d'une croix : ☒

ANNÉE DE NAISSANCE

M0 - Inscrivez ici votre année de naissance ☐☐☐☐

CONSOMMATION D'ALCOOL (vin, bière, cidre, champagne, apéritifs ...)

M1 - Avant votre grossesse, à quelle fréquence buviez-vous des boissons alcoolisées ?

- 0 ☐ Jamais
- 1 ☐ 1 fois par mois ou moins
- 2 ☐ 2 à 4 fois par mois
- 3 ☐ 2 à 3 fois par semaine
- 4 ☐ 4 fois par semaine ou plus mais pas tous les jours
- 5 ☐ Tous les jours

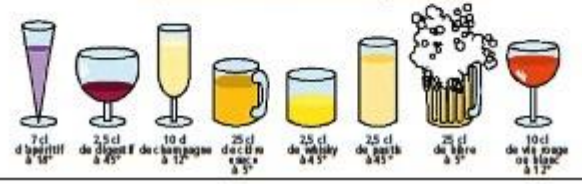
M2 - Pendant votre grossesse, à quelle fréquence avez-vous bu des boissons alcoolisées, à partir du moment où vous avez su que vous étiez enceinte ?

- 0 ☐ Jamais ▶ *passez à la question N1*
- 1 ☐ 1 fois par mois ou moins
- 2 ☐ 2 à 4 fois par mois
- 3 ☐ 2 à 3 fois par semaine
- 4 ☐ 4 fois par semaine ou plus mais pas tous les jours
- 5 ☐ Tous les jours

M3 - Pendant votre grossesse, combien de verres standards (voir le dessin ci-dessous) buviez-vous au cours d'une journée ordinaire où vous buviez des boissons alcoolisées ?

- 1 ☐ Moins d'1 verre
- 2 ☐ 1 verre
- 3 ☐ 2 verres
- 4 ☐ 3 ou 4 verres
- 5 ☐ 5 ou 6 verres
- 6 ☐ 7 à 9 verres
- 7 ☐ 10 verres ou plus

Exemples de verre standard contenant 10 grammes d'alcool



M4 - Pendant votre grossesse, combien de fois vous est-il arrivé de boire 3 verres ou plus de boissons alcoolisées en une même occasion, y compris pour des fêtes (anniversaire, mariage...), à partir du moment où vous avez su que vous étiez enceinte ?

- 0 ☐ Jamais
- 1 ☐ Moins d'une fois par mois
- 2 ☐ Une fois par mois
- 3 ☐ Une fois par semaine
- 4 ☐ Chaque jour ou presque

CANNABIS

N1 - Pendant votre grossesse, vous est-il arrivé de prendre du cannabis (hachish, marijuana, herbe, joint, shit) ?

- 0 ☐ Non ▶ *passez à la question O1*
- 1 ☐ Oui

N2 - Si oui, à quelle fréquence ?

- 1 ☐ Moins d'1 fois par mois
- 2 ☐ 1 à 2 fois par mois
- 3 ☐ 3 à 5 fois par mois
- 4 ☐ 6 à 9 fois par mois
- 5 ☐ au moins 10 fois par mois

VÉCU DE LA GROSSESSE

O1 - Au cours de votre grossesse, vous est-il arrivé de vivre une période d'au moins deux semaines consécutives pendant laquelle vous vous sentiez triste, déprimée, sans espoir ?

0 ☐ Non 1 ☐ Oui

O2 - Au cours de votre grossesse, vous est-il arrivé de vivre une période d'au moins deux semaines, pendant laquelle vous avez perdu intérêt pour la plupart des choses comme les loisirs, le travail ou les activités qui vous donnent habituellement du plaisir ?

0 ☐ Non 1 ☐ Oui

O3 - Pendant votre grossesse, est-il arrivé que quelqu'un vous frappe, vous gifle, vous batte, vous pousse ou vous bouscule intentionnellement ou exerce d'autres brutalités physiques à votre encontre ?

0 ☐ Non 1 ☐ Oui

**** *Nous vous remercions pour vos réponses* ****

Si vous vous posez des questions sur votre santé, vous pouvez en parler à un professionnel du service.

Annexe 5 - Questionnaire établissement

Enquête nationale périnatale 2016

QUESTIONNAIRE ÉTABLISSEMENT

Nous souhaitons savoir comment sont organisés les soins dans votre maternité.
Ceci nous permettra de mieux comprendre les variations nationales dans la prise en charge des femmes pendant la grossesse, au moment de l'accouchement et dans les suites de couches.
Nous vous remercions de bien vouloir remplir ce questionnaire en cochant la réponse correspondante, et en précisant votre réponse en clair si nécessaire. Pour les maisons de naissance, répondez dans la mesure du possible, et en clair si votre situation ne correspond pas aux réponses proposées.

A1 - Numéro FINESS géographique de l'établissement ..... ☐☐☐☐☐☐☐☐☐

A2 - Etes-vous une maison de naissance ? 0 ☐ non 1 ☐ oui

A3 - Statut :
- 0 ☐ CHU
- 1 ☐ CHR
- 2 ☐ CH
- 3 ☐ ESPIC
- 4 ☐ autre privé

A4 - Type d'autorisation :
- 1 ☐ 1 : Unité d'obstétrique
- 2 ☐ 2A : Unité d'obstétrique avec néonatologie sans soins intensifs
- 3 ☐ 2B : Unité d'obstétrique et de néonatologie avec soins intensifs
- 4 ☐ 3 : Unité d'obstétrique, de néonatologie et de réanimation néonatale

A5 - Combien avez-vous eu d'accouchements en 2015 ? ..... ☐☐☐☐

A6 - Y-a-t-il une « unité kangourou » dans la maternité ? ..... 0 ☐ non 1 ☐ oui

A7 - Pour les césariennes, le bloc obstétrical est-il : *(plusieurs réponses possible)*
- 1 ☐ dans le secteur naissance [1]
- 2 ☐ contigu au secteur naissance
- 3 ☐ inclus dans le bloc opératoire dans le même bâtiment que le secteur naissance
- 4 ☐ inclus dans le bloc opératoire dans un autre bâtiment
- 5 ☐ autre situation, *préciser :* _____

A8 - Dans la maternité, ou sur le site où se situe la maternité, y a-t-il :

A8a - une salle de réveil 24h/24 (salle de surveillance post-interventionnelle) : ..... 0 ☐ non 1 ☐ oui

A8b - une unité de surveillance continue : ..... 0 ☐ non 1 ☐ oui

A8c - un service de réanimation adulte : ..... 0 ☐ non 1 ☐ oui

A8d - Si pas de service de réanimation adulte, à quelle distance se situe le service de réanimation adulte le plus proche de la maternité ? *(km)* ..... ☐☐☐

A9 - Votre maternité est-elle équipée pour assurer le suivi prénatal, l'accouchement et l'hospitalisation des femmes à mobilité réduite (en particulier au moins une chambre spécialement aménagée) ? ..... 0 ☐ non 1 ☐ oui

A10 - Votre maternité utilise-t-elle un dossier médical informatisé dès le premier contact de la femme (consultation prénatale ou admission) ?

0 ☐ non, dossier papier uniquement 1 ☐ oui, dossier informatisé

A10a - Si oui, ce dossier est-il commun au réseau de santé en périnatalité ? ..... 0 ☐ non 1 ☐ oui

[1] salles de pré-travail, travail, observation, soins immédiats et chirurgie obstétricale

01

EQUIPE SOIGNANTE

B1 - Personnel médical le jour et la nuit, en semaine et le week-end : *Répondre pour chaque catégorie de personnel si elle est :*

1 : sur place pour la maternité ou le service de gynécologie-obstétrique
2 : sur place dans l'établissement
3 : en astreinte opérationnelle hors établissement
4 : pas présente dans l'équipe de garde

si plusieurs situations possibles, inscrire celle correspondant au code le plus faible	*Semaine* jour	*Semaine* nuit	*Week-end* jour	*Week-end* nuit
B1a - Gynécologue-obstétricien				
B1b - Interne en gynécologie-obstétrique				
B1c - Pédiatre				
B1d - Interne en pédiatrie				
B1e - Anesthésiste-réanimateur				
B1f - Interne en anesthésie				

B2 - Parmi les personnes sur place ou d'astreinte, y compris la nuit et le week-end, le médecin le plus qualifié en obstétrique a-t-il toujours la compétence chirurgicale pour réaliser les césariennes (médecin qualifié en gynécologie et obstétrique) ? ..... 0 ☐ non 1 ☐ oui

B3 - Sages-femmes présentes dans le secteur naissance lors d'une garde *(y compris les sages-femmes présentes une partie de la garde uniquement)*	*Semaine* jour	*Semaine* nuit	*Week-end* jour	*Week-end* nuit
B3a - Nombre total de sages-femmes				
B3b - Dont nombre de sages-femmes dédiées uniquement aux urgences				

B4 - Personnel paramédical présent dans le secteur naissance lors d'une garde	*Semaine* jour	*Semaine* nuit	*Week-end* jour	*Week-end* nuit
B4a - Nombre d'aides-soignantes et/ou auxiliaires de puériculture				
B4b - Nombre d'infirmières (IDE)				
B4c - Nombre d'infirmières anesthésistes (IADE)				

B5 - La maternité a-t-elle recours à :

B5a - un(e) psychiatre ou pédo-psychiatre :
0 ☐ non
1 ☐ oui appartenant au service
2 ☐ oui extérieur(e) au service, intervenant dans un cadre formalisé
3 ☐ oui extérieur(e), intervenant au coup par coup

B5b - un(e) psychologue :
0 ☐ non
1 ☐ oui appartenant au service
2 ☐ oui extérieur(e) au service, intervenant dans un cadre formalisé
3 ☐ oui extérieur(e), intervenant au coup par coup

B5c - un(e) assistant(e) de service social :
0 ☐ non
1 ☐ oui dédié(e) au service
2 ☐ oui dans l'établissement mais non dédié(e) au service

PRISE EN CHARGE PRENATALE

C1 - Organisez-vous des consultations prénatales dans votre maternité ? ..... 0 ☐ non 1 ☐ oui

Si oui,

C1a - À quel(s) moment(s) des consultations sont-elles systématiquement organisées dans le service pour les femmes accouchant dans votre maternité? *(2 réponses possibles)*

1 ☐ une fois en tout début de grossesse, puis au 3ème trimestre
2 ☐ à la fin de la grossesse uniquement (3ème trimestre)
3 ☐ intégralité du suivi prénatal dans l'établissement
4 ☐ autre, préciser : _____

C2 - Pour les maternités organisant un suivi prénatal au 3ème trimestre (réponses 1 et 2), **à partir de combien de semaines d'aménorrhée proposez-vous le suivi du 3ème trimestre ?** ..... ☐☐

C3 - Y a-t-il des consultations réalisées par des sages-femmes de la maternité ? ..... 0 ☐ non 1 ☐ oui

Si oui,

C3a - Quel(s) type(s) de consultations effectuent-elles ? *(2 réponses possibles)*

1 ☐ consultations prénatales de suivi de grossesse
2 ☐ consultations de surveillance rapprochée (suivi des termes dépassés, consultations et surveillance du rythme cardiaque fœtal en fin de grossesse, surveillance des grossesses présentant des complications à la demande des médecins)
3 ☐ autre, préciser : _____

C4 - L'entretien individuel prénatal précoce (dit du 4ème mois) est-il réalisé à l'intérieur de votre maternité ? ..... 0 ☐ non 1 ☐ oui

Si oui,

C4a - Est-il réalisé par... *(3 réponses possibles)*

1 ☐ des sages-femmes de la maternité
2 ☐ des gynécologues obstétriciens
3 ☐ d'autres personnes, préciser : _____

C4b - Y a-t-il des consignes d'orientation formalisées pour adresser certaines femmes vers un accompagnement ou une prise en charge adaptée (ex : psychologue, assistante sociale, tabacologue, diététicienne) ? ..... 0 ☐ non 1 ☐ oui

C5 - Des cours de préparation à la naissance et à la parentalité sont-ils réalisés dans la maternité ? ..... 0 ☐ non 1 ☐ oui

Si oui,

C5a - Sont-ils réalisés par... *(plusieurs réponses possibles)*

1 ☐ des sages-femmes de la maternité 2 ☐ des sages-femmes extérieures

C5b - Ces cours permettent-ils d'accueillir toutes les femmes qui en font la demande ? ..... 0 ☐ non 1 ☐ oui

C6 - Avez-vous une consultation en tabacologie ? ..... 0 ☐ non 1 ☐ oui dans votre service 2 ☐ dans l'hôpital

C7 - Avez-vous une consultation en alcoologie ? ..... 0 ☐ non 1 ☐ oui dans votre service 2 ☐ dans l'hôpital

C8 - Avez-vous une consultation d'addictologie ? ..... 0 ☐ non 1 ☐ oui dans votre service 2 ☐ dans l'hôpital

C9 - Avez-vous un dispositif spécifique pour faciliter la prise en charge des femmes enceintes en situation de précarité ou de vulnérabilité ? *(2 réponses possibles)*

0 ☐ non
1 ☐ oui, une PASS [2] dans l'établissement, et recours systématique pour toutes les femmes concernées
2 ☐ oui, une PASS [2] dans l'établissement, mais recours non systématique
3 ☐ oui, autre dispositif (ex : partenariat avec une association, staff pluridisciplinaire...)
↳ préciser : _____

C10 - L'accueil des femmes enceintes se présentant pour une urgence se fait-il : *Inscrire le code correspondant pour chaque trimestre :*
1 : aux urgences générales - 2 : aux urgences gynécologiques et obstétricales (si extérieures au secteur de naissance) - 3 : directement en secteur de naissance

	jour	nuit	week-end
C10a - 1er trimestre	☐	☐	☐
C10b - 2ème trimestre	☐	☐	☐
C10c - 3ème trimestre	☐	☐	☐

[2] PASS : permanence d'accès aux soins de santé

PRISE EN CHARGE EN SALLE DE NAISSANCE

D1 - Nombre de salles de naissance dans la maternité (hors salles de pré-travail) : ..... ☐☐

D2 - Nombre de salles de pré-travail dans la maternité ..... ☐☐

D3 - Pour les femmes souhaitant accoucher avec peu d'interventions médicales, avez-vous un espace (ou salle) dédié et distinct des salles de naissances « classiques », où sont réalisés les accouchements moins médicalisés ? (espace physiologique, salle nature...)
(ne pas compter les espaces et salles réservés uniquement au pré-travail) ..... 0 ☐ non 1 ☐ oui

D4 - Existe-t-il une convention entre votre établissement et une ou des sages-femmes libérales pour leur accès à votre « plateau technique » pour réaliser des accouchements ? ..... 0 ☐ non 1 ☐ oui

D5 - Un bilan d'hémostase (TP, TCA, plaquettes) réalisé durant la grossesse est-il systématiquement demandé à toutes les femmes avant la réalisation d'une péridurale, rachianesthésie ou rachi-péridurale combinée ?

0 ☐ non 1 ☐ oui 2 ☐ variable suivant l'anesthésiste

D6 - Concernant les produits utilisés pour les analgésies péridurales, rachi-analgésies ou rachi-péri combinées, avez-vous :

1 ☐ un protocole unique 2 ☐ des protocoles différents suivant l'anesthésiste

D7 - L'analgésie péridurale autocontrôlée ou PCEA est-elle disponible ? ..... 0 ☐ non 1 ☐ oui

Si oui, { **D7a - Combien de pompes PCEA avez-vous spécifiquement pour les salles de naissance ?** ..... ☐☐

D8 - Les femmes sous analgésie péridurale ont-elles la possibilité de déambuler ? ..... 0 ☐ non 1 ☐ oui

D9 - En cas d'anomalies du rythme cardiaque fœtal décelées durant le travail, avez-vous l'habitude de réaliser un examen de seconde ligne ? *(plusieurs réponses possibles)*

0 ☐ non
1 ☐ lactates au scalp
2 ☐ pH au scalp
3 ☐ lactates et pH au scalp
4 ☐ autre, préciser : .....

D10 - Réalisez-vous un pH et des lactates au cordon juste après l'accouchement ? *Répondre séparément pour le pH et les lactates*

D10a - pH au cordon

0 ☐ non, jamais
1 ☐ oui, dans certaines circonstances (exemple : anomalies du RCF à l'expulsion)
2 ☐ oui, systématiquement

D10b - Lactates au cordon

0 ☐ non, jamais
1 ☐ oui, dans certaines circonstances (exemple : anomalies du RCF à l'expulsion)
2 ☐ oui, systématiquement

D11 - Avez-vous un programme de « réhabilitation précoce » post-césarienne
(lever, alimentation et retraits de la sonde urinaire et de la voie veineuse précoces) ? ..... 0 ☐ non 1 ☐ oui

D12 - Possédez-vous, en salle de naissance, un moyen de surveillance de l'hémoglobine au lit de la patiente (type Hemocue®) ..... 0 ☐ non 1 ☐ oui

D13 - Au cours des 12 derniers mois, l'équipe obstétricale de votre maternité a-t-elle eu une ou des séances de formation en équipe, sous la forme de jeux de rôle ou simulations, pour la gestion des situations d'urgence (formation au sein de votre maternité ou à l'extérieur) : ..... 0 ☐ non 1 ☐ oui

D14 - Faites-vous des revues de morbi-mortalité (RMM) pluridisciplinaires multiprofessionnelles obstétricales
(plusieurs réponses possibles)

0 ☐ non
1 ☐ oui en interne
2 ☐ oui avec d'autres maternités appartenant au réseau

D15 - Faites-vous régulièrement des réunions de service spécifiques pour évaluer une ou des pratiques ciblées (par exemple sur les césariennes avant travail, les épisiotomies, la prise en charge de pathologies) : ..... 0 ☐ non 1 ☐ oui

D16 - Existe-t-il un site ou dépôt de délivrance de produits sanguins labiles sur le site où se situe la maternité ? ..... 0 ☐ non 1 ☐ oui

D17 - Existe-t-il un dépôt d'urgence (sang) sur le site où se situe la maternité ? ..... 0 ☐ non 1 ☐ oui

Si oui, **D17a - Temps d'accès au dépôt** *(trajet aller en minutes)* ..... ☐☐

D18 - Si absence de site ou dépôt de délivrance ou d'urgence sur le site où se situe la maternité :
Délai moyen d'obtention de culots globulaires demandés en urgence vitale *(en minutes)* : ..... ☐☐☐

PRISE EN CHARGE APRES LA NAISSANCE

E1 - Avez-vous une personne référente pour l'aide à l'allaitement dans la maternité ? *(plusieurs réponses possibles)*

0 ☐ non
1 ☐ une consultante en lactation certifiée IBCLC appartenant à l'équipe de la maternité
2 ☐ une personne de l'équipe de la maternité avec une formation spécifique (DIU ou DU)
3 ☐ une autre personne, préciser : _____

Si oui, **E1a - Les mères peuvent-elles contacter cette personne par téléphone, ou la consulter, après la sortie de la maternité ?** ..... 0 ☐ non 1 ☐ oui

E2 - Quel protocole utilisez-vous pour le dépistage néonatal de la surdité chez les enfants ne présentant pas de facteur de risque (test et retest lorsque le premier test n'est pas concluant) ?

0 ☐ dépistage non pratiqué
1 ☐ potentiels évoqués auditifs automatiques (PEAA) puis PEAA
2 ☐ oto-émissions acoustiques (OEA) puis OEA
3 ☐ OEA puis PEAA
4 ☐ autre, préciser : _____

E3 - Avez-vous mis en place une procédure de rattrapage pour les nouveau-nés qui n'ont pas eu le test (ni le retest si nécessaire) **lors de leur séjour en maternité :**

0 ☐ non
1 ☐ oui, les nouveau-nés reviennent dans le service
2 ☐ oui, les nouveau-nés sont orientés vers une autre structure
↳ préciser : _____

E4 - Remettez-vous aux parents un document d'information sur le repérage des troubles de l'audition : (document spécifique sur ce sujet ou information contenue dans un document plus général) ..... 0 ☐ non 1 ☐ oui

E5 - Comment organisez-vous le dépistage sanguin néonatal systématique des enfants qui sont sortis précocement ? *(2 réponses possibles)*

1 ☐ retour du nouveau-né à la maternité
2 ☐ réalisation à domicile par une sage-femme libérale
3 ☐ autre, préciser : _____

E6 - Informez-vous systématiquement les femmes pendant leur grossesse sur l'organisation des sorties définie par votre établissement ?

1 ☐ oui, remise d'un document écrit uniquement
2 ☐ oui, information orale uniquement
3 ☐ oui, information orale et écrite
4 ☐ non ou pas de manière systématique

E7 - Une fiche de liaison « maternité/ville »[3] est-elle systématiquement remise à la femme lors de sa sortie de la maternité ou bien transmise à la sage-femme ou au médecin qui assurera le suivi post-natal ? ..... 0 ☐ non 1 ☐ oui

Si oui, **E7a - Sur cette fiche de liaison, mentionnez-vous les coordonnées d'un professionnel de la maternité que la sage-femme ou le médecin peut contacter si nécessaire** (pour avoir des informations du dossier, résultats d'examens, etc.). ..... 0 ☐ non 1 ☐ oui

[3] Elle contient des informations médicales sur le déroulement de la grossesse, de l'accouchement et du postpartum à la maternité.

E8 - La maternité propose-t-elle un accompagnement à domicile immédiatement après la sortie pour les mères et les bébés qui vont bien ?	non	oui pour un petit nombre de femmes	oui pour la plupart des femmes
E8a - Visite par une sage-femme libérale dans le cadre du « PRADO »	0 ☐	1 ☐	2 ☐
E8b - Visite par une sage-femme libérale hors cadre du « PRADO »	0 ☐	1 ☐	2 ☐
E8c - Visite par une sage-femme de la maternité	0 ☐	1 ☐	2 ☐
E8d - Visite par une sage-femme de PMI	0 ☐	1 ☐	2 ☐
E8e - Autre,	0 ☐	1 ☐	2 ☐

↳ préciser : _____

E9 - Au cours de l'année 2015, à quelle fréquence avez-vous eu des femmes sans hébergement à la sortie de la maternité

0 ☐ jamais
1 ☐ moins d'une fois par mois
2 ☐ une fois à plusieurs fois par mois
3 ☐ une fois à plusieurs fois par semaine

ENVIRONNEMENT DE LA MATERNITE

F1 - Si vous êtes une maternité de type 1, 2A ou 2B, à quelle distance se trouve la maternité où vous adressez le plus souvent vos patientes ayant des problèmes médicaux ? *(coder 000 si pas de femmes adressées à l'un des types de maternité)*

F1a - quand vous adressez à une maternité de type 2 A (km) ..... ☐☐☐

F1b - quand vous adressez à une maternité de type 2 B (km) ..... ☐☐☐

F1c - quand vous adressez à une maternité de type 3 (km) ..... ☐☐☐

F2 - Avez-vous des difficultés à accueillir des femmes qui souhaitent accoucher dans votre maternité, en raison d'un manque de place ?

0 ☐ non 1 ☐ rarement 2 ☐ parfois 3 ☐ souvent

F3 - Refusez-vous l'inscription des femmes à bas risque résidant loin de votre maternité ?

1 ☐ oui systématiquement
2 ☐ oui parfois, si le nombre de femmes inscrites est déjà élevé
3 ☐ non jamais
4 ☐ pas de système d'inscription à la maternité

F4 - Le transfert de vos patients (femmes enceintes, nouveau-nés) est-il réalisé avec le concours d'une cellule d'orientation périnatale ? ..... 0 ☐ non 1 ☐ oui
(cellule chargée de l'orientation pour tous les transferts, par une personne dédiée)

F5 - Votre maternité fait-elle partie d'un ou plusieurs réseaux de santé en périnatalité formalisés ?

0 ☐ non
1 ☐ oui, réseau régional ou de plus petite échelle
2 ☐ oui, réseau de proximité
3 ☐ oui, les deux

F5a - Si oui, lequel ou lesquels ? _____

F6 - Ce réseau inclut-il : *(plusieurs réponses possibles)*	non	oui, réseau régional	oui, réseau de proximité
F6a - les services de PMI :	0 ☐	1 ☐	2 ☐
F6b - des professionnels libéraux :	0 ☐	1 ☐	2 ☐
F6c - des représentants des usagers :	0 ☐	1 ☐	2 ☐

↳ *si oui, préciser* _____

F7 - Quelles sont les ressources mises à disposition par le(s) réseau(x) de santé en périnatalité et que vous utilisez?

F7a - des documents d'information communs destinés aux femmes : ..... 0 ☐ non 1 ☐ oui
F7b - un répertoire des professionnels médicaux et non médicaux concernés : ..... 0 ☐ non 1 ☐ oui
F7c - un dossier médical commun : ..... 0 ☐ non 1 ☐ oui
F7d - des outils favorisant la collaboration avec les professionnels de ville (fiche de liaison, convention-type...) ..... 0 ☐ non 1 ☐ oui
F7e - des formations communes pour le suivi des femmes et de leurs nouveau-nés : ..... 0 ☐ non 1 ☐ oui
F7f - des protocoles communs de suivi et de prise en charge des femmes : ..... 0 ☐ non 1 ☐ oui
F7g - autre : 0 ☐ non 1 ☐ oui, préciser _____

NOUS VOUS REMERCIONS DE VOTRE PARTICIPATION

06

Annexe 6 - Principales publications issues de l'ENP 2010

1. Blondel B, Cuttini M, Hindori-Mohangoo AD, Gissler M, Loghi M, Prunet C, Heino A, Smith L, van der Pal-de Bruin K, Macfarlane A, Zeitlin J. How do late terminations of pregnancy affect comparisons of stillbirth rates in Europe? Analyses of aggregated routine data from the Euro-Peristat Project. BJOG in press

2. Siddiqui A, Cuttini M, Wood R, Velebil P, Delnord M, Zile I, Barros H, Gissler M, Blondel B, Zeitlin J. Can the Apgar score be used for international comparisons of newborn health? Paed Perinat Epidem (sous presse)

3. Bonnet MP, Prunet C, Baillard C, Kpéa L, Blondel B, Le Ray C. Anesthetic and obstetrical factors associated with the effectiveness of epidural analgesia for labor pain relief: an observational population based study. Regional Anesthesia and Pain Medicine (sous presse)

4. Prunet C, Delnord M, Saurel-Cubizolles MJ, Goffinet F, Blondel B. Risk factors of preterm birth in France in 2010 and changes since 1995. Results from the French National Perinatal Surveys. J Gyn Obstet Hum Reprod 2017;46:19-28.

5. Vigoureux S, Blondel B, Ringa V, Saurel-Cubizolles MJ. Occupational, social and medical characteristics of early prenatal leave in France. Eur J Publ Health 2016;26:1022-1027.

6. Coulm B, Blondel B, Alexander S, Boulvain M, Le Ray C. Elective induction of labour and maternal request: a national population-based study. BJOG 2016; 123:2191-2197.

7. Vigoureux S, Blondel B, Ringa V, Saurel-Cubizolles MJ. Who are the women who work in their last month of pregnancy? Social and occupational characteristics and birth outcomes of women working until the last month of pregnancy in France. Mat Child Health J 2016;20:1774-1779.

8. Chuilon AL, Le Ray C, Prunet C, Blondel B. L'épisiotomie en France en 2010 : variations des pratiques selon le contexte obstétrical et le lieu d'accouchement. J Gyn Obstet Biol Reprod 2016;45 691-700.

9. Bartolo S, Goffinet F, Blondel B, Deneux-Tharaux C. Why women with previous caesarean and eligible for a trial of labour have an elective repeat caesarean delivery? A national study in France. BJOG 2016;123:1664-1673.

10. Heino A, Gissler M, Hindori-Mohangoo AD, Blondel B, Klungsøyr K, Verdenik I, Mierzejewska E, Velebil P, Ólafsdóttir HS, Macfarlane A, Zeitlin J, the Euro-Peristat Scientific Committee. Variations in multiple birth rates and impact on perinatal outcomes in Europe. Plos One 2016 11(3):e0149252.

11. Blondel B, Alexander S, Bjarnadóttir RI, Gissler M, Langhoff Roos J, Novak-Antolič Ž, Prunet C, Zhang WH, Hindori-Mohangoo AD, Zeitlin J. Variations in rates of severe perineal tears and episiotomies in 20 European countries: a study based on routine national data in Euro-Peristat Project. Acta Obstet Gynecol Scand 2016;95:746-754.

12. Zeitlin J, Mortensen L, Cuttini M, Lack N, Nijhuis J, Haidinger G, Blondel B, Hindori-Mohangoo, AD, Euro-Peristat Scientific Committee. Declines in stillbirth and neonatal mortality rates between 2004 and 2010: results from the Euro-Peristat Project. J Epidemiol Community Health 2016 ;70 :609-615.

13. Opatowski M, Blondel B, Khoshnood B, Saurel-Cubizolles MJ. New index of social deprivation during pregnancy: results from a national study in France. BMJ Open 2016;6:e009511.

14. Loubet P, Guerrisi C, Turbelin C, Blondel B, Launay O, Bardou M, Blanchon T, Bonmarin I, Goffinet F, Ancel PY, Colizza V, Hanslik T, Kernéis S. First nationwide web-based surveillance system for influenza-like illness in pregnant women: participation and representativeness of the G-Grippenet cohort. BMC Public Health 2016;16:253.

15. Ego A, Prunet C, Lebreton E, Blondel B, Kaminski M, Goffinet F, Zeitlin J. Courbes de croissance in utero ajustées et non ajustées adaptées à la population française. I : Méthodes de construction. J Gyn Obstet Biol Reprod 2016;45:155-164.

16. Ego A, Prunet C, Blondel B, Kaminski M, Goffinet F, Zeitlin J. Courbes de croissance in utero ajustées et non ajustées adaptées à la population française. II : Comparaison à des courbes existantes et apport de l'ajustement. J Gyn Obstet Biol Reprod 2016;45:165-176.

17. Macfarlane AJ, Blondel B, Mohangoo AD, Cuttini M, Nijhuis J, Novak Z, Ólafsdóttir HS, Zeitlin J, the Euro-Peristat Scientific Committee. Wide differences in mode of delivery between countries in Europe: risk-stratified analyses of aggregated routine data from the Euro-Peristat study. BJOG 2016;123:559-568.

18. Zeitlin J, Mortensen L, Prunet C, Macfarlane A, Hindori-Mohangoo AD, Gissler M, Szamotulska K, Van der Pal K, Bolumera F, Nybo Andersen AM, Olafsdottir IS, Zhang WH, Blondel B, Alexander S. Socioeconomic inequalities in stillbirth rates in Europe: measuring the gap using routine data from the Euro-Peristat Project. BMC Pregnancy Childbirth 2016;16:15.

19. Monier I, Blondel B, Ego A, Kaminski M, Goffinet F, Zeitlin J. Does the presence of risk factors for fetal growth restriction increases the probability of antenatal detection? A French national study. Paed Perinat Epidem 2016;30:46-55.

20. Souza JP, Betran AP, Dumont A, de Mucio B, Gibbs Pickens C, Deneux-Tharaux C et al. A global reference for caesarean section rates (C-Model): a multicountry cross-sectional study . BJOG 2016;123:427-436.

21. Kpéa L, Bonnet M-P, Le Ray C, Prunet C, Ducloy-Bouthors A-S, Blondel B. Initial preference for labor without neuraxial analgesia and actual use. Result from a national survey in France. Anesth Analg 2015;121:759-766

22. Le Ray C, Prunet C, Deneux-Tharaux, Goffinet F, Blondel B. Classification de Robson, un outil d'évaluation des pratiques de césarienne en France. J Gyn Obstet Gynec Biol Reprod 2015;44:605-613.

23. Ibanez G, Blondel B, Prunet C, Kaminski M, Saurel-Cubizolles M-J. Prevalence and characteristics of women reporting poor mental health during pregnancy. Findings from the 2010 French national perinatal survey. Rev Epidem Santé Pub 2015;63:85-95.

24. Le Ray C, Blondel B, Prunet C, Khireddine I, Deneux-Tharaux C, Goffinet F. Stabilising the caesarean rate: which target population? BJOG 2015;122:690-699.

25. Zeitlin J, Blondel B, Ananth CV. Characteristics of childbearing women, obstetrical interventions and preterm delivery: a comparison of the US and France. Matern Child Health J 2015;19:1107-14.

26. Monier I, Blondel B, Ego A, Kaminski M, Goffinet F, Zeitlin J. Poor effectiveness of antenatal detection of fetal growth restriction and consequences for obstetric management and neonatal outcomes: a French national study. BJOG 2015;122:518-527.

27. Hermann, M, Le Ray, C, Blondel, B, Goffinet F, Zeitlin J. The risk of prelabor and intrapartum cesarean delivery among overweight and obese women: possible preventive actions. Am J Obstet Gynecol 2015;212:241.e1-9.

28. Zeitlin J, Pilkington H, Drewniak N, Charreire H, Amat-Roze MJ, Le Vaillant M, Combier E, Blondel B. Surveillance des inégalités sociales de santé périnatale au niveau national à partir des caractéristiques sociales de la commune de résidence des mères. BEH 2015;6-7:110-115.

29. Carayol M, Bucourt M, Cuesta J, Blondel B, Zeitlin J. Les femmes de Seine-Saint-Denis ont-elles un suivi prénatal différent de celui des autres femmes d'Ile-de-France? J Gyn Obstet Biol Reprod 2015;44:258-268.

30. Prunet C, Goffinet F, Blondel B. Prise en charge et santé périnatale en cas de grossesse gémellaire : situation en 2010 et évolution récente en France. J Gyn Obstet Biol Reprod J Gyn Obstet Biol Reprod 2015;44:184-193.

31. Quantin C, Cottenet J, Vuagnat A, Prunet C, Mouquet MC, Fresson J, Blondel B. Qualité des données périnatales issues du PMSI : Comparaison avec l'état civil et l'enquête nationale périnatale 2010. J Gyn Obstet Biol Reprod 2014;43:680-690.

32. Coulm, B, Blondel B, Alexander S, Boulvain M, Le Ray C. Potential avoidability of planned cesarean sections in a French national database. Acta Obstet Gynecol Scand, 2014; 93:905-12.

33. Delnord M, Blondel B, Drewniak N, Klungsoyr K, Bolumar F, Mohangoo A, Gissler M, Szamotulska K, Lack N, Nijhuis J, Velebil P, Sakkeus L, Chalmers J, Zeitlin J. Varying gestational age patterns in cesarean delivery: an international comparison. BMC Pregnancy Childbirth 2014;14:321

34. Coulm B, Blondel B. Grossesses à bas risque : interventions obstétricales selon les caractéristiques de la maternité en 2010. Études et Résultats 2014, 897.

35. Saurel-Cubizolles M-J, Prunet C, Blondel B. Canabis use during pregnancy in France in 2010. BJOG 2014;121:971-7

36. Tort J, Lelong N, Prunet C, Khoshnood K, Blondel B. Maternal and health care determinants of preconceptional use of folic acid supplementation in France: results from the 2010 National Perinatal Survey. BJOG 2013;120:1661-1667.

37. Blondel B, Zeitlin J. La santé périnatale en France : une position moyenne en Europe, mais quelques différences préoccupantes. J Gyn Obstet Biol Reprod 2013;42 :609-612 (éditorial).

38. Zeitlin J, Szamotulska K, Drewniak N, Mohangoo AD, Chalmers J, Sakkeus L, Irgens L, Gatt M, Gissler M, Blondel B and the Euro-Peristat Preterm Study Group. Preterm birth time trends in Europe : a study in 19 countries. BJOG 2013;120:1356-1365.

39. Belghiti J, Coulm B, Kayem G, Blondel B, Deneux-Tharaux C. Administration d'ocytocine au cours du travail en France. Résultats de l'Enquête nationale périnatale. J Gyn Obstet Biol Reprod 2013;42:662-670.

40. Blondel B, Zeitlin J. Faut-il craindre les fermetures et fusions de maternités en France ? J Gyn Obstet Biol Reprod 2013;42:407-409 (éditorial).

41. Saurel-Cubizolles MJ, Prunet C, Blondel B. Consommation d'alcool pendant la grossesse et santé périnatale en France en 2010. Bulletin Épidémiologique Hebdomadaire 2013;16-18:180-184.

42. Ducloy-Bouthors A-S, Prunet C, Tourres J, Chassard D, Benhamou D, Blondel B. Organisation des soins en analgésie, anesthésie et réanimation en maternité en France métropolitaine : résultats comparés des enquêtes nationales périnatales 2003 et 2010. Ann Fr Anesth Reanim 2013;32:18-24

43. Coulm B, Blondel B. Durée de séjour en maternité après un accouchement par voie basse en France. J Gynecol Obstet Biol Reprod 2013;42:76-85

44. Vilain A, Gonzalez L, Rey S, Matet N, Blondel B. Surveillance de la grossesse en 2010 : des inégalités sociodémographiques. Études et Résultats 2013, 848.

45. Pilkington H, Blondel B, Drewniak N, Zeitlin J. Choice in maternity care: associations with unit supply, geographic accessibility and user characteristics. Int J Health Geogr 2012;11:35.

46. Coulm B, Le Ray C, Lelong N, Drewniak N, Zeitlin J, Blondel B. Obstetric interventions for low-risk pregnant women in France: do maternity unit characteristics make a difference? Birth 2012;39:183-191.

47. Blondel B, Mahjoub N, Drewniak N, Launay O, Goffinet F. Failure of the vaccination campaign against A(H1N1) influenza in pregnant women in France : results from a national survey. Vaccine 2012;30:5661-5665.

48. Blondel B, Lelong N, Kermarrec N, Goffinet F. La santé périnatale en France métropolitaine de 1995 à 2010. Résultats des Enquêtes nationales périnatales. J Gyn Obstet Biol Reprod 2012;41:151-166. Revue Sage-Femme 2012;11:128-143.

49. Blondel B, Lelong N, Kermarrec M, Goffinet F. Trends in perinatal health in France from 1995 to 2010. Results from the French National Perinatal Surveys J Gyn Obstet Biol Reprod 2012;41: e1-e15 (English version).

50. Slama R, Ducot B, Keiding N, Blondel B, Bouyer J. La fertilité des couples en France. BEH 2012;7-9:87-91

51. Saurel-Cubizolles M-J, Saucedo M, Drewniak N, Blondel B, Bouvier-Colle M-H. Santé périnatale des femmes étrangères en France. BEH 2012;2-4:30-34.

52. Vilain A. Les maternités en 2010 : premiers résultats de l'enquête nationale périnatale. Études et Résultats 2011, 776.

53. Vilain A. La situation périnatale en France en 2010 : premiers résultats de l'enquête nationale périnatale. Études et Résultats 2011, 775.

Annexe 7 - Membres du COPIL de l'ENP 2016

Direction de la Recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques (DREES), Sous-direction Observation de la Santé et de l'assurance maladie, bureau État de santé de la population

Olivier CHARDON, Pauline CHARNOZ, Jeanne FRESSON, Renaud LEGAL, Sylvie REY, Thibaut de SAINT-POL, Annick VILAIN, Alexis VANHAESEBROUCK

Direction générale de la santé (DGS), sous-direction Promotion de la santé et prévention des maladies, bureau Santé des populations

Zinna BESSA, Marielle BOUQUEAU, Nicole MATET, Flore MOREUX

Direction générale de l'offre de soins (DGOS), sous-direction de la régulation de l'offre de soins, bureau R3,

Julie BARROIS, Aurélie INGELAERE, Martin SZCRUPAK

Santé Publique France

Virginie DEMIGUEL, Véronique GOULET, Isabelle GREMY, Irina GUSEVA-CANU, Nolwenn REGNAULT

Institut national de la santé et de la recherche médicale (INSERM), Équipe de recherche en Épidémiologie Obstétricale, Périnatale et Pédiatrique (EPOPé)

Béatrice BLONDEL, Camille BONNET, Bénédicte COULM, François GOFFINET

Annexe 8 - Membres du comité d'orientation de l'ENP 2016

Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques (DREES)
Olivier CHARDON, Thibaut de SAINT-POL, Sylvie REY, Annick VILAIN

Direction générale de la santé (DGS)
Zinna Bessa, Alain FONTAINE, Nicole MATET, Flore MOREUX, Maia NEFF

Direction générale de l'offre de soins (DGOS)
Julie BARROIS, Aurélie INGELAERE

Santé Publique France
Katia CASTETBON, Florence LOT

Institut national de la santé et de la recherche médicale (INSERM), Équipe de recherche en Épidémiologie Obstétricale, Périnatale et Pédiatrique (EPOPé)
Béatrice BLONDEL, Bénédicte COULM, François GOFFINET

Agences régionales de santé (ARS)
Colette COMLAN, Anne-Gaëlle DANIEL, Ombeline DESPLANCHES

Caisse nationale de l'assurance maladie des travailleurs salariés CNAMTS
Véronique BELOT

Collège national des gynécologues-obstétriciens français (CNGOF)
Philippe DERUELLE

Collège national des sages-femmes de France (CNSF)
Véronique TESSIER

Commission nationale de la naissance et de la santé de l'enfant (CNNSE)
Franchis PUECH

Conseil National de l'Ordre des Médecins (CNOM)
Irène KAHN-BENSAUDE

Conseil national de l'Ordre des sages-femmes (CNOSF)
Cécile MOULINIER
Direction générale de la cohésion sociale (DGCS)
Hélène SIAVELLIS

Fédération de l'hospitalisation privée (FHP)
Thierry BECHU, Pauline MENCHON

Fédération française des réseaux de santé en périnatalité (FFRSP)
Dominique FOISSIN

Fédération nationale des observatoires régionaux de la santé (FNORS)

Claire CHERBONNET, Hélène MARTINEAU

Services de PMI des départements
Marthe CHAVERONDIER, Sandra COHUET, Florence PORTIER, Monique RADULESCO

Société française d'anesthésie-réanimation
Anne-Sophie DUCLOY-BOUTHORS

Société française de médecine périnatale (SFMP)
Pierre-Yves ANCEL

Société française de néonatalogie (SFN)
Michèle GRANIER

Collectif inter associatif autour de la naissance (CIANE)
Madeleine AKRICH

Liste des tableaux

- Tableau 1. Effectifs de l'échantillon 75
- Tableau 2. Comparaison des caractéristiques des femmes, des accouchements et des nouveau-nés dans l'enquête nationale périnatale et le PMSI 78
- Tableau 3. Comparaison des caractéristiques des femmes, des accouchements et des nouveau-nés dans l'enquête nationale périnatale et le PMSI 79
- Tableau 4. Indicateurs recommandés : caractéristiques des femmes en métropole 81
- Tableau 5. Indicateurs recommandés : l'accouchement en métropole 82
- Tableau 6. Indicateurs recommandés : le nouveau-né en métropole 83
- Tableau 7. Indicateurs recommandés : caractéristiques des femmes dans les DROM 84
- Tableau 8. Indicateurs recommandés : l'accouchement dans les DROM 85
- Tableau 9. Indicateurs recommandés : le nouveau-né dans les DROM 86
- Tableau 10. Caractéristiques sociodémographiques des femmes 89
- Tableau 11. Origine et niveau d'études des femmes 90
- Tableau 12. Activité et catégorie professionnelle des femmes 91
- Tableau 13. Activité et catégorie professionnelle du/de la partenaire [1] 92
- Tableau 14. Ressources du ménage et couverture sociale des femmes 93
- Tableau 15. Contraception et traitements de l'infertilité 94
- Tableau 16. Contexte psychologique durant la grossesse 95
- Tableau 17. Poids et taille de la femme 96
- Tableau 18. Consommation de tabac et de cannabis 97
- Tableau 19. Attention portée à la consommation de tabac et d'alcool par les professionnels pendant le suivi de grossesse 98
- Tableau 20. Déclaration de grossesse 99
- Tableau 21. Consultations prénatales : professionnels consultés pendant la grossesse 100
- Tableau 22. Nombre de consultations prénatales 101
- Tableau 23. Examens de dépistage et de diagnostic durant la grossesse 102
- Tableau 24. Soutien des femmes pendant la grossesse (partie I) 103
- Tableau 25. Soutien des femmes pendant la grossesse (partie II) 104
- Tableau 26. Information et prévention durant la grossesse 105
- Tableau 27. Antécédents médicaux 106
- Tableau 28. Antécédents obstétricaux 107
- Tableau 29. Hospitalisation et pathologies durant la grossesse (partie I) 108
- Tableau 30. Hospitalisation et pathologies durant la grossesse (partie II) 109
- Tableau 31. Lieu d'accouchement 110
- Tableau 32. Déroulement du travail 111
- Tableau 33. Accouchement 112
- Tableau 34. Accouchement par voie basse 113
- Tableau 35. Analgésie et anesthésie 114
- Tableau 36. Demandes des femmes à propos de l'accouchement 115
- Tableau 37. Distribution des femmes, du taux de césarienne et de la contribution au taux global de césarienne pour chaque groupe de la classification de Robson [1,2] 116
- Tableau 38. Évolution du taux de césarienne suivant les antécédents 117
- Tableau 39. Début du travail et mode d'accouchement suivant l'âge gestationnel et le poids de naissance 118
- Tableau 40. Le nouveau-né en salle d'accouchement 119
- Tableau 41. Prise en charge spécifique du nouveau-né 120
- Tableau 42. Transfert du nouveau-né 121

► Tableau 43. Le séjour hospitalier du nouveau-né en post-partum 122
► Tableau 44. Le séjour de la mère en post-partum 123
► Tableau 45. Âge gestationnel et poids de naissance 124
► Tableau 46. Distribution du poids de naissance dans chaque classe d'âge gestationnel 125
► Tableau 47. Prématurité et petit poids de naissance 126
► Tableau 48. Caractéristiques sociales et contraception durant la grossesse selon la situation du ménage vis-à-vis de l'emploi 127
► Tableau 49. Prévention, suivi prénatal et état psychologique selon la situation du ménage vis-à-vis de l'emploi 128
► Tableau 50. Caractéristiques du lieu d'accouchement et du nouveau-né selon la situation du ménage vis-à-vis de l'emploi 129
► Tableau 51. Caractéristiques des mères et du suivi prénatal chez les grossesses uniques et gémellaires 130
► Tableau 52. Caractéristiques de l'accouchement chez les grossesses uniques et gémellaires 131
► Tableau 53. Caractéristiques des singletons et des jumeaux 132
► Tableau 54. Comparaisons régionales : femmes âgées de 35 ans et plus (1) 133
► Tableau 55. Comparaisons régionales : femmes ayant un niveau d'études supérieur au baccalauréat (1) 134
► Tableau 56. Comparaisons régionales : allocation chômage, RSA/prime d'activité au sein du ménage (1) 135
► Tableau 57. Comparaisons régionales : IMC ≥ 30 (1) 136
► Tableau 58 . Comparaisons régionales : consommation de tabac au troisième trimestre de grossesse (1) 137
► Tableau 59. Comparaisons régionales : nombre de consultations prénatales inférieur à huit (1) 138
► Tableau 60. Comparaisons régionales : six échographies et plus (1) 139
► Tableau 61. Comparaisons régionales : entretien prénatal précoce (1) 140
► Tableau 62. Comparaisons régionales : préparation à la naissance chez les primipares (1) 141
► Tableau 63. Comparaisons régionales : acide folique avant la grossesse (1) 142
► Tableau 64. Comparaisons régionales : vaccination contre la grippe saisonnière (1) 143
► Tableau 65. Comparaisons régionales : déclenchement du travail (1) 144
► Tableau 66. Comparaisons régionales : accouchement par césarienne (1) 145
► Tableau 67. Comparaisons régionales : épisiotomie chez les femmes ayant accouché par voie basse (1) 146
► Tableau 68. Comparaisons régionales : prématurité (< 37 SA) (1) 147
► Tableau 69. Comparaisons régionales : poids inférieur à 2 500 grammes (1) 148
► Tableau 70. Comparaisons régionales : allaitement exclusif ou mixte à la maternité (1) 149
► Tableau 71. Comparaisons régionales : accouchement en maternité de type III (1) 150
► Tableau 72. Caractéristiques sociodémographiques des femmes (DROM) 153
► Tableau 73. Conditions de vie des femmes (DROM) 154
► Tableau 74. Contraception et traitement de l'infertilité (DROM) 155
► Tableau 75. Antécédents médicaux et santé avant la grossesse (DROM) 156
► Tableau 76. Comportements pendant la grossesse et prévention (DROM) 157
► Tableau 77. Suivi prénatal (DROM) 158
► Tableau 78. Examens de dépistage et de diagnostic durant la grossesse (DROM) 159
► Tableau 79. Hospitalisation et pathologies durant la grossesse (DROM) 160
► Tableau 80. Déroulement du travail (DROM) 161
► Tableau 81. Souhaits et satisfaction des femmes (DROM) 162
► Tableau 82. Le nouveau-né (DROM) 163
► Tableau 83. Effectifs des maternités par statut et par taille selon le type d'autorisation des maternités en 2016 179
► Tableau 84 . Effectifs des maternités par statut et par taille selon le type d'autorisation des maternités en 2010* 180
► Tableau 85. Effectifs des maternités par statut et par type d'autorisation selon la taille des maternités en 2016 181
► Tableau 86. Effectifs des maternités par statut et par type d'autorisation selon la taille des maternités en 2010* 182
► Tableau 87. Nombre d'établissements enquêtés selon la région et le type d'autorisation des maternités en 2016 183
► Tableau 88. Nombre d'établissements enquêtés selon la région et le type d'autorisation des maternités en 2010 184
► Tableau 89. Nombre d'établissements enquêtés selon la région et la taille des maternités en 2016 185

► Tableau 90. Nombre d'établissements enquêtés selon la région et la taille des maternités en 2010 186
► Tableau 91. Fonctionnement en réseau selon le type d'autorisation des maternités en 2016 187
► Tableau 92. Fonctionnement en réseau selon le type d'autorisation des maternités en 2010 188
► Tableau 93. Fonctionnement en réseau selon la taille des maternités en 2016 189
► Tableau 94. Fonctionnement en réseau selon la taille des maternités en 2010 190
► Tableau 95. Ressources mises à disposition par les réseaux selon le type d'autorisation des maternités en 2016 191
► Tableau 96. Ressources mises à disposition par les réseaux selon la taille des maternités en 2016 192
► Tableau 97. Transferts et difficultés liées au manque de place selon le type d'autorisation des maternités en 2016 193
► Tableau 98. Transferts et difficultés liées au manque de place selon le type d'autorisation des maternités en 2010 194
► Tableau 99. Transferts et difficultés liées au manque de place selon la taille des maternités en 2016 195
► Tableau 100. Transferts et difficultés liées au manque de place selon la taille des maternités en 2010 196
► Tableau 101. Équipements des maternités et de leur site selon leur type d'autorisation en 2016 197
► Tableau 102. Équipements des maternités et de leur site selon leur type d'autorisation en 2010 198
► Tableau 103. Équipements des maternités et de leur site selon leur taille en 2016 199
► Tableau 104. Équipements des maternités et de leur site selon leur taille en 2010 200
► Tableau 105. Locaux du secteur naissance et aménagement selon le type d'autorisation des maternités en 2016 201
► Tableau 106. Locaux du secteur naissance et aménagement selon le type d'autorisation des maternités en 2010 202
► Tableau 107. Locaux du secteur naissance et aménagement selon la taille des maternités en 2016 203
► Tableau 108. Locaux du secteur naissance et aménagement selon la taille des maternités en 2010 204
► Tableau 109. Équipements disponibles pour la prise en charge des hémorragies obstétricales et de la douleur selon le type d'autorisation des maternités en 2016 205
► Tableau 110. Équipements disponibles pour la prise en charge de la douleur selon le type d'autorisation des maternités en 2010 206
► Tableau 111. Équipements disponibles pour la prise en charge des hémorragies obstétricales et de la douleur selon la taille des maternités en 2016 207
► Tableau 112. Équipements disponibles pour la prise en charge de la douleur selon la taille des maternités en 2010 208
► Tableau 113. Équipes soignantes selon le type d'autorisation en 2016 - gynécologues, pédiatres et anesthésistes 209
► Tableau 114. Équipes soignantes selon le type d'autorisation en 2010 - gynécologues, pédiatres et anesthésistes 210
► Tableau 115. Équipes soignantes selon la taille des maternités en 2016 - gynécologues, pédiatres et anesthésistes 211
► Tableau 116. Équipes soignantes selon la taille des maternités en 2010 - gynécologues, pédiatres et anesthésistes 212
► Tableau 117. Équipes soignantes selon le type d'autorisation des maternités en 2016 - sages-femmes, infirmiers, aides-soignants 213
► Tableau 118. Équipes soignantes selon le type d'autorisation des maternités en 2010 - sages-femmes, infirmiers, aides-soignants 214
► Tableau 119. Équipes soignantes selon la taille des maternités en 2016 - sages-femmes, infirmiers, aides-soignants 215
► Tableau 120. Équipes soignantes selon la taille des maternités en 2010 - sages-femmes, infirmiers, aides-soignants 216
► Tableau 121. Pratiques en salle de naissance selon le type d'autorisation des maternités en 2016 217
► Tableau 122. Pratiques en salle de naissance selon le type d'autorisation des maternités en 2010 218
► Tableau 123. Pratiques en salle de naissance selon la taille des maternités en 2016 219
► Tableau 124. Pratiques en salle de naissance selon la taille des maternités en 2010 220
► Tableau 125. Formation continue et évaluation des pratiques selon le type d'autorisation des maternités en 2016 221
► Tableau 126. Formation continue et évaluation des pratiques selon la taille des maternités en 2016 222
► Tableau 127. Prise en charge prénatale selon le type d'autorisation des maternités en 2016 223
► Tableau 128. Prise en charge prénatale selon le type d'autorisation des maternités en 2010 224
► Tableau 129. Prise en charge prénatale selon la taille des maternités en 2016 225
► Tableau 130. Prise en charge prénatale selon la taille des maternités en 2010 226
► Tableau 131. Prise en charge prénatale selon le type d'autorisation des maternités en 2016 – préparations et entretiens 227
► Tableau 132. Prise en charge prénatale selon le type d'autorisation des maternités en 2010 – préparations et entretiens 228

► Tableau 133. Prise en charge prénatale selon la taille des maternités en 2016 - préparations et entretiens 229
► Tableau 134. Prise en charge prénatale selon la taille des maternités en 2010 - préparations et entretiens 230
► Tableau 135. Aide à l'allaitement et préparation de la sortie selon le type d'autorisation des maternités en 2016..... 231
► Tableau 136. Aide à l'allaitement selon le type d'autorisation des maternités en 2010 232
► Tableau 137. Aide à l'allaitement et préparation de la sortie selon la taille des maternités en 2016 233
► Tableau 138. Aide à l'allaitement selon la taille des maternités en 2010..... 234
► Tableau 139. Accueil des femmes et prises en charge spécifiques selon le type d'autorisation des maternités en 2016..... 235
► Tableau 140. Accueil des femmes et prises en charge spécifiques selon le type d'autorisation des maternités en 2010..... 236
► Tableau 141. Accueil des femmes et prises en charge spécifiques selon la taille des maternités en 2016 237
► Tableau 142. Accueil des femmes et prises en charge spécifiques selon la taille de la maternité en 2010..... 238
► Tableau 143. Équipes soignantes selon le type d'autorisation des maternités en 2016, psychiatres, psychologues, assistants de service social 239
► Tableau 144. Équipes soignantes selon le type d'autorisation des maternités en 2010, psychiatres, psychologues 240
► Tableau 145. Équipes soignantes selon la taille des maternités en 2016, psychiatres, psychologues, assistants de service social 241
► Tableau 146. Équipes soignantes selon la taille des maternités en 2010, psychiatres, psychologues 242
► Tableau 147. Dépistages néonatals selon le type d'autorisation des maternités en 2016..... 243
► Tableau 148. Dépistage néonatal de la surdité selon le type d'autorisation des maternités en 2010 244
► Tableau 149. Dépistages néonatals selon la taille des maternités en 2016 245
► Tableau 150. Dépistage néonatal de la surdité selon la taille des maternités en 2010..... 246
► Tableau 151. Accompagnement à domicile après la sortie selon le type d'autorisation des maternités en 2016 247
► Tableau 152. Accompagnement à domicile après la sortie selon le type d'autorisation des maternités en 2010 248
► Tableau 153. Accompagnement à domicile après la sortie selon la taille des maternités en 2016..... 249
► Tableau 154. Accompagnement à domicile après la sortie selon la taille des maternités en 2010..... 250

Liste des figures

- Figure 1. Participation à l'enquête nationale périnatale 2016 : France métropolitaine..... 76
- Figure 2. Participation à l'enquête nationale périnatale 2016 : départements et régions d'outre-mer (DROM) 77
- Figure 3. Part des accouchements réalisés en maternités privées et nombre de maternités privées/ nombre total de maternités..... 251
- Figure 4. Répartition régionale des maternités selon leur type et part es accouchements en maternités de type III 251

Abréviations

AFTN – Anomalies de fermeture du tube neural

AME – Aide médicale d'État

APD – Analgésie péridurale

ARE – Allocation d'aide au retour à l'emploi

CCTIRS – Comité consultatif sur le traitement de l'information en matière de recherche dans le domaine de la santé

CH – Centre hospitalier

CHU – Centre hospitalier universitaire

CMU – Couverture maladie universelle

CNIL – Commission nationale de l'informatique et des libertés

CNIS – Comité national de l'information statistique

CNGOF – Collège national des gynécologues et obstétriciens français

CPAP (Continuous Positive Airway Pressure) : ventilation en pression positive continue

DGOS – Direction générale de l'offre de soins

DGS – Direction générale de la santé

DIU – Dispositif intra-utérin

DREES – Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques

DROM – Départements et régions d'outre-mer

ENP – Enquête nationale périnatale

EPP – Entretien prénatal précoce

ESPIC – Établissement de santé privé d'intérêt collectif

HAS – Haute autorité de santé

HGPO – Hyperglycémie provoquée orale

HTA – Hypertension artérielle

IC – Intervalle de confiance

IMC – Indice de masse corporelle

IMG – Interruption médicale de grossesse

INSEE – Institut national de la statistique et des études économiques

INSERM – Institut national de la santé et de la recherche médicale

IVG – Interruption volontaire de grossesse

MFIU – Mort fœtale in utero

OMS – Organisation mondiale de la santé

PCS – Professions et catégories socioprofessionnelles

PMI - (service de) Protection maternelle et infantile

PMSI – Programme de médicalisation des systèmes d'information

PNP - (séance de) Préparation à la naissance et à la parentalité

RSA – Revenu de solidarité active

SA – Semaine d'aménorrhée

SAE – Statistique annuelle des établissements de santé