RÉPUBLIQUE FRANÇAISE
Liberté
Égalité
Fraternité

Santé publique France

Inserm
La science pour la santé
From science to health

ENQUÊTE NATIONALE PÉRINATALE

Rapport 2021

LES **NAISSANCES**, LE **SUIVI À DEUX MOIS** ET LES **ÉTABLISSEMENTS**

Situation et évolution depuis 2016

Octobre 2022

Enquête réalisée avec la participation des services départementaux de Protection Maternelle et Infantile, des réseaux de Santé Périnatale, des Agences Régionales de Santé et des maternités

Enquête Nationale Périnatale

Rapport 2021

LES **NAISSANCES**, LE **SUIVI À DEUX MOIS** ET LES **ÉTABLISSEMENTS**

Situation et évolution depuis 2016

Ce rapport a été rédigé par :

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

  Hélène Cinelli, Nathalie Lelong, Camille Le Ray

Avec la collaboration de :

- Santé publique France, Direction des maladies non transmissibles et des traumatismes

  Virginie Demiguel, Elodie Lebreton

- La Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques (DREES) au Ministère de la Santé et de la Prévention, sous-direction de l'observation de la santé et de l'assurance maladie (Bureau état de santé de la population)

  Thomas Deroyon

- Les membres du comité de pilotage (Annexe 1)

Sous la direction de Camille Le Ray et Nathalie Lelong (Inserm)

Merci de citer ce rapport comme suit :

Cinelli H, Lelong N, Le Ray C et ENP2021 Study group. Rapport de l'Enquête Nationale Périnatale 2021 en France métropolitaine : Les naissances, le suivi à 2 mois et les établissements – Situation et évolution depuis 2016. Inserm, Octobre 2022. Disponible sur le site https://enp.inserm.fr

Avant-propos ENP 2021

Ce rapport décrit l'état de santé des mères et des nouveau-nés, leurs caractéristiques, les pratiques médicales durant la grossesse et au moment de l'accouchement, et les caractéristiques des lieux d'accouchements en France. Comme pour les enquêtes précédentes, les résultats présentent une description de la situation périnatale en 2021 et les évolutions depuis l'enquête nationale périnatale de 2016.
L'édition 2021 de l'enquête nationale périnatale (ENP) s'est enrichie d'un suivi à 2 mois pour les femmes l'ayant accepté, permettant de décrire pour la 1ère fois, l'état de santé des mères à deux mois du post-partum, le vécu de leur accouchement, l'organisation du retour à domicile et l'état de santé des enfants durant les deux premiers mois de vie. Les données de l'ENP 2021 seront également appariées à celles du système national des données de santé (SNDS) pour des analyses ultérieures.

Cette enquête a été financée et mise en œuvre par la Direction générale de la santé (DGS), la Direction générale de l'offre de soins (DGOS), la Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques (DREES), Santé publique France et l'Équipe EPOPé de l'Inserm. Le suivi des mères et des enfants à 2 mois a été piloté par Santé publique France.
La rédaction du rapport présenté ici 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), en collaboration avec la DREES, Santé publique France et les membres du comité de pilotage.
Dans les Départements et Régions d'Outre-Mer (DROM), l'ENP 2021 a été étendue sur plusieurs semaines (à l'exception de la Guyane) sous la responsabilité de Santé publique France et des agences régionales de santé (ARS) locales, afin d'obtenir des effectifs suffisants pour des analyses de qualité par département. Un rapport spécifique (ENP 2021 « extension DROM ») sera publié pour chaque département. Ainsi, seuls les résultats de la métropole seront commentés dans ce rapport, à l'exception de la partie V qui présentera quelques résultats relatifs aux DROM.

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 en maternité, les sages-femmes référentes pour l'enquête dans chaque établissement et les écoles de sages-femmes qui ont accepté que leurs étudiantes et étudiants participent au recueil. Nous remercions également toutes les femmes qui ont accepté de répondre aux questionnaires en maternité et de suivi à deux mois.

Nous remercions également Nelly Beuchée Ravenel, Mélanie Carpentier, Candie Grangé, Anne Leroux, Marion Mottier, coordinatrices régionales et Katiya Madji et Marie Viaud, statisticiennes, pour leur collaboration sur cette enquête.

Enfin nous remercions les chercheurs épidémiologistes de l'Inserm, et plus particulièrement Béatrice Blondel, Gérard Bréart et Christiane du Mazaubrun, qui ont permis la réalisation des ENP antérieures, donnant la possibilité d'analyser la situation périnatale en France depuis près de 25 ans.

Toutes les informations relatives à l'enquête sont disponibles sur le site : https://enp.inserm.fr

Sommaire

	Cadre général de l'Enquête Nationale Périnatale 2021	8
	Synthèse des résultats concernant le volet « naissance »	9
	Synthèse des résultats du suivi à 2 mois	15
	Synthèse des résultats concernant le volet « établissement »	17
	Perspectives à partir des données de l'ENP 2021	19
	PARTIE I – PRÉSENTATION GÉNÉRALE DES ENQUÊTES NATIONALES PÉRINATALES	**23**
I-1	Présentation générale	25
I-1-1	Introduction	25
I-1-2	Objectifs	26
I-2	Méthode	26
I-2-1	Population	26
I-2-2	Recueil des informations	27
I-2-3	Organisation	29
I-2-4	Autorisations	32
I-3	Effectifs et qualité des données	32
I-3-1	Information préalable sur les DROM	32
I-3-2	Effectifs	32
I-3-3	Exhaustivité des données	33
I-3-4	Représentativité des données en maternité	35
I-3-5	Degré de précision des résultats	35
I-4	Présentation des résultats	36
I-4-1	Résultats sur les naissances à la maternité	36
I-4-2	Résultats à 2 mois	37
I-4-3	Résultats sur les établissements	37
I-4-4	Résultats sur les DROM	38
	PARTIE II – RÉSULTATS SUR LES NAISSANCES	**39**
II-1	Description et évolution depuis 2016 sur les naissances en métropole	40
II-1-1	Caractéristiques sociodémographiques des femmes	40
II-1-2	Contexte de la grossesse	43
II-1-3	Surveillance prénatale et mesures de prévention	45
II-1-4	Antécédents, pathologies et complications de la grossesse	49
II-1-5	Travail et accouchement	51
II-1-6	État de santé des nouveau-nés	57
II-1-7	Séjour en maternité de la mère et du nouveau-né en post-partum	58
II-2	Populations particulières	59
II-2-1	Les naissances gémellaires	59
II-2-2	Comparaisons régionales	60
	PARTIE III – RÉSULTATS SUR LE SUIVI À DEUX MOIS	**63**
III-1	Description des résultats du suivi à deux mois	64
III-1-1	Participation au suivi à 2 mois	64
III-1-2	Le partenaire	64
III-1-3	Expérience de la grossesse et de l'accouchement	64
III-1-4	Organisation du retour à domicile	66
III-1-5	Santé des femmes	66
III-1-6	Santé mentale à 2 mois et ressenti depuis le retour à domicile	67
III-1-7	Situation de vie	67
III-1-8	Consommation de toxiques	68
III-1-9	Conseils reçus par les professionnels de santé	68
III-1-10	État de santé de l'enfant	68
III-1-11	Allaitement maternel	69

Sommaire

III-1-12	Sommeil du couple mère-enfant	69
III-1-13	Consommation de produits d'hygiène et de cosmétique	70
III-1-14	Violences faites aux femmes	70
	PARTIE IV – RESULTATS SUR LES ETABLISSEMENTS	**71**
IV-1	L'évolution de l'offre de soins	72
IV-1-1	Selon le type d'autorisation	73
IV-1-2	Selon le statut	73
IV-1-3	Selon la taille	75
IV-1-4	Lien entre type, statut et taille des maternités	75
IV-1-5	Comparaisons régionales en métropole	75
IV-2	Les équipements et le codage au sein des maternités	76
IV-2-1	Le bloc obstétrical	76
IV-2-2	Les services de salle de réveil, d'unité de surveillance continue et de réanimation adulte	76
IV-2-3	Les soins aux nouveau-nés	76
IV-2-4	L'accompagnement des femmes à mobilité réduite	77
IV-2-5	Les centres périnataux de proximité (CPP)	77
V-2-6	La gestion du dossier médical	77
IV-2-7	Le codage du Programme de Médicalisation des Systèmes d'Information (PMSI)	78
IV-3	Le personnel en salle de naissance	78
IV-3-1	Le personnel médical	78
IV-3-2	Le personnel paramédical	79
IV-3-3	Les intérimaires et/ou vacataires	80
IV-4	La prise en charge prénatale	81
IV-4-1	La prise en charge psychologique	81
IV-4-2	Les consultations spécifiques	81
IV-4-3	Le dépistage de la Covid-19	82
IV-4-4	Le refus d'inscription	82
IV-4-5	La prise en charge des femmes en situation de vulnérabilité ou de précarité	82
IV-5	La prise en charge en salle de naissance	84
IV-5-1	Le projet de naissance	84
IV-5-2	Les espaces physiologiques	84
IV-5-3	L'accès au plateau technique	84
IV-6	La prise en charge post-natale	85
IV-6-1	La prise en charge de l'allaitement	85
IV-6-2	Les dépistages néonataux	86
IV-6-2-1	La surdité néonatale	86
IV-6-2-2	Le dépistage sanguin néonatal systématique	86
IV-6-3	Les visites à domicile	86
IV-6-4	Les liens ville-maternité	87
IV-7	Les maisons de Naissance	87
IV-7-1	L'organisation des maisons des naissances	88
IV-7-2	L'offre de soins en prénatal	88
IV-7-3	L'organisation de la salle de naissance	89
IV-7-4	L'allaitement	89
IV-7-5	Les dépistages	89
	PARTIE V – LES DEPARTEMENTS ET REGIONS D'OUTRE-MER	**90**
V-1	Établissements	91
V-2	Participation	92
V-3	Guadeloupe	93
V-3-1	Caractéristiques des femmes	93

Sommaire

V-3-2	Suivi de grossesse et accouchement	93
V-4	Saint-Martin	94
V-4-1	Caractéristiques des femmes	94
V-4-2	Suivi de grossesse et accouchement	94
V-5	Martinique	95
V-5-1	Caractéristiques des femmes	95
V-5-2	Suivi de grossesse et accouchement	95
V-6	Guyane	96
V-6-1	Caractéristiques des femmes	96
V-6-2	Suivi de grossesse et accouchement	96
V-7	La Réunion	97
V-7-1	Caractéristiques des femmes	97
V-7-2	Suivi de grossesse et accouchement	97
V-8	Mayotte	98
V-8-1	Caractéristiques des femmes	98
V-8-2	Suivi de grossesse et accouchement	98
	PARTIE VI – LES TABLEAUX ET FIGURES DE L'ENP 2021	**103**
Tableau 1	Effectifs de l'échantillon	104
Figure 1	Participation à l'Enquête Nationale Périnatale 2021	105
Tableau 2	Comparaison des caractéristiques des femmes, des accouchements et des nouveau-nés avec les données du PMSI	106
Tableau 3	Caractéristiques socio-démographiques des femmes	107
Tableau 4	Niveau d'études et origine des femmes	108
Tableau 5	Activité et catégorie professionnelle des femmes	109
Tableau 6	Ressources du ménage et couverture sociale des femmes	110
Tableau 7	Précarité et renoncement aux soins	111
Tableau 8	Contraception et traitements de l'infertilité	112
Tableau 9	Contexte psychologique durant la grossesse	113
Tableau 10	Poids et taille des femmes	114
Tableau 11	Consommation de tabac et de cannabis	115
Tableau 12	Consommation d'alcool	116
Tableau 13	Attention portée à la consommation de tabac et d'alcool par les professionnels pendant le suivi de grossesse	117
Tableau 14	Soutien et accompagnement des femmes pendant la grossesse (partie 1)	118
Tableau 15	Soutien et accompagnement des femmes pendant la grossesse (partie 2)	119
Tableau 16	Consultations prénatales : professionnels consultés pendant la grossesse	120
Tableau 17	Examens de dépistage et de diagnostic anténatal	121
Tableau 18	Examens de dépistage de pathologies maternelles	122
Tableau 19	Information et mesures de prévention avant l'accouchement	123
Tableau 20	Vaccination antigrippale	124
Tableau 21	Littératie en santé durant la grossesse	125
Tableau 22	État de santé et antécédents médicaux maternels	126
Tableau 23	Antécédents obstétricaux	127
Tableau 24	Hospitalisation et pathologies durant la grossesse (partie 1)	128
Tableau 25	Hospitalisation et pathologies durant la grossesse (partie 2)	129
Tableau 26	Lieu d'accouchement	130
Tableau 27	Demandes des femmes à propos de l'accouchement	131
Tableau 28	Déroulement du travail	132
Tableau 29	Motifs du déclenchement ou de la césarienne avant travail	133
Tableau 30	Accouchement (Partie 1)	134
Tableau 31	Accouchement (Partie 2)	135
Tableau 32	Accouchement par voie basse	136

Sommaire

Tableau 33 Distribution des femmes, du taux de césarienne et de la contribution au taux global de césarienne pour chaque groupe de la classification de Robson ... 137
Tableau 34 Analgésie et anesthésie ... 138
Tableau 35 Prise en charge de la douleur ... 139
Tableau 36 Douleurs à l'accouchement ... 140
Tableau 37 Douleurs à la césarienne ... 141
Tableau 38 Début du travail et mode d'accouchement suivant l'âge gestationnel et le poids de naissance ... 142
Tableau 39 Âge gestationnel et poids de naissance ... 143
Tableau 40 Prématurité et petit poids de naissance ... 144
Tableau 41 Nouveau-né en salle d'accouchement ... 145
Tableau 42 Prise en charge spécifique du nouveau-né ... 146
Tableau 43 Transfert du nouveau-né ... 147
Tableau 44 Prise en charge spécifique du nouveau-né à terme ... 148
Tableau 45 Accompagnement à l'accouchement et contact peau à peau ... 149
Tableau 46 Alimentation du nouveau-né et mode de couchage ... 150
Tableau 47 Séjour de la mère en maternité ... 151
Tableau 48 Caractéristiques des mères et du suivi prénatal chez les grossesses uniques et gémellaires ... 152
Tableau 49 Caractéristiques de l'accouchement chez les grossesses uniques et gémellaires ... 153
Tableau 50 Caractéristiques des naissances uniques et gémellaires ... 154
Tableau 51 Comparaisons régionales, femmes âgées de 35 ans et plus ... 155
Tableau 52 Comparaisons régionales, femmes ayant un niveau d'études supérieur au baccalauréat ... 156
Tableau 53 Comparaisons régionales, femmes percevant des allocations chômage et/ou le RSA au sein du ménage ... 157
Tableau 54 Comparaisons régionales, femmes ayant un indice de masse corporelle ≥ 30 ... 158
Tableau 55 Comparaisons régionales, consommation de tabac au troisième trimestre de grossesse ... 159
Tableau 56 Comparaisons régionales, prise d'acide folique avant la grossesse ... 160
Tableau 57 Comparaisons régionales, vaccination contre la grippe ... 161
Tableau 58 Comparaisons régionales, réalisation d'un entretien prénatal précoce ... 162
Tableau 59 Comparaisons régionales, déclenchement du travail ... 163
Tableau 60 Comparaisons régionales, accouchement par césarienne ... 164
Tableau 61 Comparaisons régionales, épisiotomie chez les femmes ayant accouché par voie basse ... 165
Tableau 62 Comparaisons régionales, prématurité (âge gestationnel < 37 SA) ... 166
Tableau 63 Comparaisons régionales, poids de naissance < 2 500 g ... 167
Tableau 64 Comparaisons régionales, allaitement maternel exclusif ou mixte à la sortie de la maternité ... 168
Tableau 65 Participation au suivi à 2 mois ... 169
Tableau 66 Caractéristiques du partenaire ... 170
Tableau 67 Vécu de la grossesse et de l'accouchement ... 171
Tableau 68 Séjour en maternité ... 172
Tableau 69 Comportements inappropriés pendant la grossesse ou l'accouchement ... 173
Tableau 70 Accord pour la réalisation des soins ... 174
Tableau 71 Littératie en santé pendant l'accouchement et durant le séjour en suites de naissance ... 175
Tableau 72 Visites à domicile depuis la sortie de la maternité ... 176
Tableau 73 Santé de la femme ... 177
Tableau 74 Ressenti au retour à domicile et santé mentale ... 178
Tableau 75 Situation de vie ... 179
Tableau 76 Consommation de tabac ... 180
Tableau 77 Consommation de tabac, de cannabis et d'alcool depuis la naissance ... 181
Tableau 78 Conseils donnés par les professionnels de santé ... 182
Tableau 79 État de santé du nourrisson (partie 1) ... 183
Tableau 80 État de santé du nourrisson (partie 2) ... 184
Tableau 81 Alimentation de l'enfant ... 185
Tableau 82 Sommeil du couple mère/enfant ... 186

Sommaire

Tableau 83	Consommation des produits d'hygiène et de cosmétique	187
Tableau 84	Violences faites aux femmes au cours des 12 derniers mois	188
Tableau 85a	Caractéristiques des maternités selon le type d'autorisation	189
Tableau 85b	Caractéristiques des maternités selon le nombre annuel d'accouchements	190
Tableau 86a	Équipement des maternités selon le type d'autorisation	191
Tableau 86b	Équipement des maternités selon le nombre annuel d'accouchements	192
Tableau 87a	Gestion du dossier médical selon le type d'autorisation	193
Tableau 87b	Gestion du dossier médical selon le nombre annuel d'accouchements	194
Tableau 88a	Gestion des codages PMSI selon le type d'autorisation	195
Tableau 88b	Gestion des codages PMSI selon le nombre annuel d'accouchements	196
Tableau 89a	Personnel médical en salle de naissance selon le type d'autorisation	197
Tableau 89b	Personnel médical en salle de naissance selon le nombre annuel d'accouchements	198
Tableau 90a	Équipes soignantes en salle de naissance selon le type d'autorisation	199
Tableau 90b	Équipes soignantes en salle de naissance selon le nombre annuel d'accouchements	200
Tableau 91a	Recours à des intérimaires ou des vacataires selon le type d'autorisation (partie 1)	201
Tableau 91b	Recours à des intérimaires ou des vacataires selon le nombre annuel d'accouchements (partie 1)	202
Tableau 92a	Recours à des intérimaires ou des vacataires selon le type d'autorisation (partie 2)	203
Tableau 92b	Recours à des intérimaires ou des vacataires selon le nombre annuel d'accouchements (partie 2)	204
Tableau 93a	Personnel soignant selon le type d'autorisation	205
Tableau 93b	Personnel soignant selon le nombre annuel d'accouchements	206
Tableau 94a	Consultations spécifiques selon le type d'autorisation	207
Tableau 94b	Consultations spécifiques selon le nombre annuel d'accouchements	208
Tableau 95a	Prises en charge spécifiques selon le type d'autorisation (partie 1)	209
Tableau 95b	Prises en charge spécifiques selon le nombre annuel d'accouchements (partie 1)	210
Tableau 96a	Prises en charge spécifiques selon le type d'autorisation (partie 2)	211
Tableau 96b	Prises en charge spécifiques selon le nombre annuel d'accouchements (partie 2)	212
Tableau 97a	Prise en charge en salle de naissance selon le type d'autorisation	213
Tableau 97b	Prise en charge en salle de naissance selon le nombre annuel d'accouchements	214
Tableau 98a	Aide à l'allaitement selon le type d'autorisation	215
Tableau 98b	Aide à l'allaitement selon le nombre annuel d'accouchements	216
Tableau 99a	Dépistages néonatals selon le type d'autorisation	217
Tableau 99b	Dépistages néonatals selon le nombre annuel d'accouchements	218
Tableau 100a	Accompagnement à domicile après la sortie de la maternité selon le type d'autorisation	219
Tableau 100b	Accompagnement à domicile après la sortie de la maternité selon le nombre annuel d'accouchements	220
Tableau 101	Organisation et offre de soins des 6 maisons de naissance	221
Tableau 102	Accouchement et offre de soins postnatale des 6 maisons de naissance	222
Tableau 103	Établissements et participation dans les DROM (y compris extension)	223
Tableau 104	Extrait d'indicateurs sur les caractéristiques maternelles, le suivi de grossesse et l'accouchement en Guadeloupe	224
Tableau 105	Extrait d'indicateurs sur les caractéristiques maternelles, le suivi de grossesse et l'accouchement à Saint-Martin	225
Tableau 106	Extrait d'indicateurs sur les caractéristiques maternelles, le suivi de grossesse et l'accouchement en Martinique	226
Tableau 107	Extrait d'indicateurs sur les caractéristiques maternelles, le suivi de grossesse et l'accouchement en Guyane	227
Tableau 108	Extrait d'indicateurs sur les caractéristiques maternelles, le suivi de grossesse et l'accouchement à La Réunion	228
Tableau 109	Extrait d'indicateurs sur les caractéristiques maternelles, le suivi de grossesse et l'accouchement à Mayotte	239
	Annexes	**230**
Annexe 1	Membres du comité de pilotage de l'Enquête Nationale Périnatale 2021	231
Annexe 2	Membres du Comité d'Orientation de l'Enquête Nationale Périnatale 2021	232
Annexe 3	Questionnaire " Naissance "	233
Annexe 4	Questionnaire de suivi à deux mois	262
Annexe 5	Questionnaire " Établissement "	278
	Abréviations et acronymes	287
	Références	288

Cadre général de l'Enquête Nationale Périnatale 2021

Des enquêtes réalisées à intervalle régulier

Ces enquêtes permettent de fournir des indicateurs sur la santé des mères et des nouveau-nés, les pratiques médicales et les facteurs de risque pour surveiller l'évolution de la santé périnatale en France, ainsi que des informations sur des questions particulières, pour aider à la décision et à l'évaluation des actions de santé dans le champ de la périnatalité. Cinq enquêtes de ce type ont déjà été réalisées en 1995, 1998, 2003, 2010 et 2016, au sein de l'équipe Epopé de l'Inserm sous la direction de Béatrice Blondel (Blondel et al., 2017) avant cette nouvelle édition de 2021.

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 lors de leur séjour en maternité après leur accouchement (Questionnaire « Naissance », annexe 3). Pour cette enquête comme pour les précédentes, des données sont également recueillies sur les caractéristiques des maternités et l'organisation des soins dans les services (Questionnaire « Etablissement », annexe 5). Par ailleurs, l'édition 2021 s'est enrichie d'un suivi à 2 mois pour les mères et les enfants (Questionnaire « Suivi à deux mois », annexe 4). Ce suivi a été réalisé, pour les femmes l'ayant accepté, à l'aide d'un questionnaire administré par internet ou par téléphone.

L'enquête réalisée en mars 2021, a permis un recueil sur 13 631 naissances auprès de 13 404 femmes, dont 12 939 naissances et 12 723 femmes en métropole et 692 naissances et 681 femmes dans les départements d'outre-mer (DROM). Parmi ces inclusions, 65 femmes ont accouché à domicile puis ont été transférées en maternité et 21 ont accouché dans un autre lieu (camion des pompiers, voiture personnelle, etc…).

L'enquête a été réalisée dans l'ensemble des 480 maternités françaises (métropole et DROM) dont 8 maisons de naissance (6 en métropole et 2 dans les DROM).

Une enquête 2021 menée dans un contexte sanitaire inédit

Il est à noter d'emblée que cette enquête 2021 s'est déroulée durant la 3ème vague de la pandémie de la COVID-19 et que les femmes ayant accouché en mars 2021 ont également été exposées à la 2ème vague de la pandémie (octobre-décembre 2020) durant leur grossesse. Ce contexte particulier doit être pris en compte pour l'interprétation de certaines évolutions présentées dans ce rapport, à la fois concernant les caractéristiques des femmes, leur santé, en particulier la santé psychique, mais également concernant les pratiques médicales durant la grossesse et l'accouchement. Des questions spécifiques concernant l'infection à coronavirus durant la grossesse et les modalités de dépistage en maternité, ont été posées dans le volet « naissance » et dans le volet « établissement ».

Synthèse des résultats concernant le volet “naissance”

Les résultats présentés dans ce rapport (à l’exception de la partie V) concernent la France métropolitaine. Des rapports spécifiques seront rédigés pour chaque DROM.

Les données présentées dans ce rapport fournissent des estimations fiables des indicateurs et de leur évolution depuis 2016. La participation de quasiment toutes les maternités a permis d’obtenir un nombre de naissances très voisin de celui attendu selon les statistiques du programme de médicalisation des systèmes d’information (PMSI), et les principales caractéristiques des mères, des accouchements et des nouveau-nés sont similaires à celles connues grâce aux statistiques sur les séjours hospitaliers issues du PMSI.

Concernant les caractéristiques sociodémographiques et anthropomorphiques des femmes, les résultats sont contrastés :

- Des caractéristiques à impact défavorable sur l’évolution de la grossesse continuent à augmenter. 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 ; la part des femmes âgées de 35-39 ans à l’accouchement et celle de 40 ans et plus sont en augmentation depuis 2016 (19,1% en 2021 versus 17,2% en 2016 et 5,4% en 2021 versus 3,9%, respectivement). L’augmentation du surpoids et de l’obésité est également préoccupante : en 2021, 23,0% des femmes sont en surpoids contre 19,9% en 2016 et plus de 14 % sont obèses en 2021 versus 11,8% en 2016.

- L’augmentation du niveau d’études des femmes se poursuit avec actuellement 59,4% des femmes enceintes présentant un niveau d’études supérieur au baccalauréat (versus 55,4% en 2016) et 22,3% un niveau bac+5 ou plus (versus 17,9% en 2016). Le montant mensuel des ressources du ménage est en augmentation. Le taux de femmes sans couverture sociale en début de grossesse est de 1,0%, en légère diminution par rapport à 2016, de même que le taux de femmes sans couverture maladie complémentaire (7,0% en 2021 versus 8,7% en 2016). L’indice de précarité, créé à partir des données des précédentes ENP (combinant les variables suivantes : ne pas vivre en couple, percevoir le Revenu de Solidarité Active (RSA) dans le ménage, ne pas bénéficier de la Protection Universelle Maladie (PUMa), et ne pas avoir de logement personnel) s’est également amélioré. On note que le pourcentage de femmes arrivées en France depuis moins d’un an est significativement plus bas en 2021 qu’en 2016. Ces résultats sont à mettre en perspective avec le contexte sanitaire en 2020 et 2021, qui a entrainé une diminution des flux migratoires.

- La grande majorité des grossesses sont souhaitées et planifiées, alors que seulement 37,9% des femmes ont consulté en prévision d’une grossesse, chiffre en légère augmentation depuis 2016 (35,3%).

• Les femmes ont moins souvent recours à la pilule (52,6% en 2021 versus 62,9% en 2016) mais plus fréquemment au dispositif intra-utérin (14,0% versus 9,5%).

L’organisation du suivi de la grossesse doit permettre la mise en place d’un certain nombre de mesures de prévention, visant à améliorer la santé des mères et des enfants. Les actions mises en place notamment l’information donnée par les professionnels de santé et les campagnes de prévention ciblées et grand public, semblent avoir porté leurs fruits pour certains indicateurs, mais leur impact reste limité pour d’autres.

• Concernant les addictions, la situation est en amélioration. La proportion des femmes déclarant une consommation de tabac au 3ème trimestre de la grossesse est en diminution (12,2% en 2021 versus 16,3% en 2016), de même que celle des femmes déclarant consommer du cannabis durant la grossesse (1,1% versus 2,1%). Environ 3% des femmes déclarent avoir consommé de l’alcool durant leur grossesse. Néanmoins ce chiffre est à prendre avec précaution car la consommation d’alcool est souvent sous déclarée.

• Bien que la prise d’acide folique avant la grossesse soit en amélioration depuis 2016, le pourcentage de femmes concernées reste faible au regard des recommandations (28,3% en 2021 versus 23,2% en 2016).

• Le dépistage du cancer du col de l’utérus, en revanche, semble se dégrader avec une augmentation du pourcentage de femmes déclarant ne pas avoir eu de dépistage au cours des 3 dernières années (35,8% en 2021 versus 19,7% en 2016). Ce résultat suggère que la prise en charge de la grossesse, qui est un moment privilégié, n’a pas toujours permis de réaliser le dépistage pour rattraper un éventuel retard de surveillance. Il est aussi possible que le contexte sanitaire de l’année 2020 (confinement et autres mesures restrictives) n’ait pas favorisé l’accès au dépistage pour les femmes.

• De même, seules 16,0% des femmes déclarent avoir reçu des conseils pour limiter la transmission du cytomégalovirus (CMV), traduisant un faible impact des recommandations.

• La vaccination contre la grippe a été proposée à 59,0% des femmes en 2021 et 30,4% des femmes ont été vaccinées, soit une très forte augmentation comparativement à 2016, où seules 7,4% des femmes avaient été vaccinées. Ces résultats sont à mettre en rapport avec le contexte de la pandémie de la COVID-19, la vaccination contre le coronavirus n’étant pas encore disponible pour la majorité des femmes ayant accouché en mars 2021.

• Le gynécologue-obstétricien demeure le professionnel le plus fréquemment consulté pour la surveillance prénatale. Toutefois, pour près de 40% des femmes, une sage-femme a été la responsable principale de la surveillance durant les six premiers mois de la grossesse. La part des sages-femmes en secteur libéral ayant réalisé ce suivi a été multipliée par trois depuis 2016 (22,9% versus 8,5% en 2016).

- Bien que le taux de réalisation d’un entretien prénatal précoce (EPP) soit en augmentation depuis 2016 (28,5%), seules 36,5% des femmes ont déclaré en avoir bénéficié en 2021. Cet entretien est majoritairement réalisé par une sage-femme libérale (57,5%).

- Le pourcentage de femmes ayant rédigé un projet de naissance reste faible à 10,2% mais en nette augmentation depuis 2016 (3,7%).

- Les femmes semblent globalement avoir de bons échanges avec les professionnels de santé durant leur grossesse. En effet, pour la première fois en 2021, un score mesurant une des dimensions de la littératie (motivation et capacité des personnes à accéder à l’information, à la comprendre et à l’utiliser de manière à promouvoir et à maintenir une bonne santé) a été évalué ; seules 5,6% des femmes avaient des difficultés à accéder à l’information et à l’utiliser (seuil inférieur à 3,5 sur 5 pour le module évalué).

- L’augmentation du nombre d’échographies se poursuit ; 49,0% des femmes déclarent avoir eu 6 échographies ou plus durant leur grossesse, soit au moins deux fois plus que recommandé. La mesure de la clarté nucale (90,2% en 2021 versus 87,0% en 2016) et le dépistage de la trisomie 21 (90,9% versus 86,5%) sont en augmentation. La majorité des femmes n’ayant pas bénéficié du dépistage de la trisomie 21 l’avait refusé.

Les données de l’enquête permettent également de suivre l’état de santé des femmes au cours de la grossesse.

- La réaction des femmes à la découverte de la grossesse est positive dans la plupart des cas et sans différence par rapport à la situation des femmes en 2016. En revanche, leur état psychologique durant la grossesse semble s’être détérioré sans qu’on puisse définir, avec les données de l’ENP 2021, la part liée au contexte pandémique. La part des femmes ayant consulté un professionnel de santé pour des difficultés psychologiques en cours de grossesse est en augmentation (8,9% en 2021 versus 6,4% en 2016).

- Parmi les femmes incluses dans l’enquête de 2021, 678 soit 5,7% ont été infectées par le coronavirus durant leur grossesse, dont 40,9% au cours du 2ème trimestre (d’octobre à décembre 2020, correspondant à la 2ème vague épidémique) et 49,2% au cours du 3ème trimestre de grossesse (de janvier à mars 2021, correspondant à la 3ème vague épidémique).

- La part des femmes ayant bénéficié d’un dépistage du diabète gestationnel est en augmentation, 76,1% en 2021 versus 73,2% en 2016 ; elle demeure élevée par rapport à ce que l’on pourrait attendre, faisant penser que le dépistage est trop fréquemment réalisé chez des femmes ne correspondant pas à la population cible des recommandations,0. Par ailleurs, la fréquence du diabète gestationnel, à la fois insulino-traité et sous régime, a augmenté ; ceci peut être expliqué en partie par l’augmentation du dépistage mais aussi par l’augmentation de la prévalence des facteurs de risque (âge maternel et obésité).

- La fréquence des femmes présentant une hypertension artérielle en cours de grossesse, avec ou sans protéinurie, est stable par rapport à 2016, aux alentours de 4%.

- On ne retrouve pas de différence dans la distribution de l’âge gestationnel à la naissance entre 2021 et 2016. Le taux de prématurité est stable à 7,0%. En revanche, le recours à une corticothérapie anténatale à visée de maturation pulmonaire est en diminution (4,8% versus 5,9% en 2016) avec une diminution de la prescription au-delà de 34 SA, en accord avec les recommandations. Les hospitalisations pour menace d’accouchement prématuré sont moins fréquentes et les durées d’hospitalisation plus courtes. Mais pour cet indicateur, le contexte pandémique a pu jouer un rôle incitant les professionnels à écourter ou limiter les hospitalisations.

Comme dans les enquêtes précédentes, les modalités d’accouchement sont décrites avec précisions, de même que les pratiques médicales au cours du travail et de l’accouchement.

- Le lieu d’accouchement continue à évoluer : les accouchements ont moins souvent lieu dans des maternités privées à but lucratif (21,5% en 2021 versus 23,5% en 2016) et dans des maternités de type I (20,1% versus 22,6%). La part des naissances dans des maternités réalisant plus de 3500 accouchements par an est stable, en regard avec la stabilité du nombre de ces structures (voir les résultats du volet « établissement »).

- Hormis le déclenchement du travail dont la fréquence est en augmentation (25,8% versus 22,0% en 2016), la diminution du recours aux interventions médicales visant à accélérer le travail se poursuit : moins de rupture artificielle des membranes (33,2% parmi les femmes en travail spontané versus 41,4% en 2016) et moins d’administration d’oxytocine (30,0% parmi les femmes en travail spontané versus 44,4% en 2016) en accord avec les recommandations nationales.

- Le taux de césarienne est stable entre les deux périodes : 21,4% en 2021 contre 20,3% en 2016. Le fait d’avoir accouché par césarienne lors d’un précédent accouchement reste le principal facteur de risque de césarienne. Le taux de voie basse instrumentale reste stable aux alentours de 12%. Les sages-femmes effectuent 88,6% des accouchements par voie basse spontanée, taux stable comparativement à 2016 (87,5%).

- Le taux d’épisiotomie, déjà en phase décroissante depuis plusieurs décennies, a fortement diminué, passant de 20,1% en 2016 à 8,3% en 2021, en accord avec les recommandations nationales. Cette diminution concerne aussi bien les primipares que les multipares, et les voies basses spontanées qu’instrumentales. Parallèlement, on observe une augmentation des déchirures périnéales, en particulier les déchirures non sévères.

- Plus de 90% des femmes ont reçu de l’oxytocine après la naissance de leur enfant, en vue de diminuer le risque d’hémorragie du post-partum (pertes de 500 ml ou plus), qui survient malgré tout dans 11,6% des cas. Les femmes présentant une hémorragie sévère du post-partum représentent 3,0% des femmes contre 1,8% en 2016, soit une augmentation significative qui devra être explorée par des analyses spécifiques.

Il a été possible d’analyser l’évolution des méthodes d’analgésie durant le travail, en parallèle de leur efficacité et de la satisfaction des femmes. Par ailleurs, dans l’ENP 2021, un point d’attention particulier a porté sur la douleur ressentie par les femmes au moment de l’accouchement.

- Le taux d’analgésie loco-régionale au cours du travail est très élevé en France, et en légère augmentation ; 82,7% des femmes ont eu une analgésie péridurale (versus 81,4% en 2016). Ce taux important est en accord avec le souhait des femmes. De plus, l’administration de l’analgésie par la femme à l’aide d’une pompe type PCEA (Patient controlled epidural analgesia) augmente nettement (74,2% versus 53,8% en 2016). Cependant, on constate que la capacité de la péridurale à soulager la douleur du travail et de l’accouchement est imparfaite ; 19,6% des femmes considèrent que la péridurale étaient « peu ou partiellement efficace » et 3,6% « totalement inefficace ». Par ailleurs, les femmes ont utilisé plus fréquemment pendant leur accouchement des méthodes non médicamenteuses pour gérer la douleur liée aux contractions (49,2% versus 35,5% en 2016). L’ensemble des méthodes utilisées permet d’obtenir une bonne satisfaction des femmes puisqu’elles sont plus de 90% à être « satisfaites » voire « très satisfaites » des méthodes utilisées pour soulager la douleur. Parmi les femmes ayant eu une analgésie péridurale, celles qui déclarent avoir ressentie une douleur insupportable (cotée de 7 à 10 sur une échelle allant de 0 à 10) sont 29,7% en cas de voie basse spontanée et 37,8% en cas de voie basse instrumentale. En cas de césarienne, les niveaux de douleur ressentie par les femmes sont également élevés avec 10,4% des femmes ayant ressenti une douleur insupportable au début de la césarienne.

Concernant la santé du nouveau-né et le séjour en maternité après l’accouchement, on note des évolutions contrastées :

- Suite aux recommandations des sociétés savantes de pédiatrie, les prélèvements bactériologiques à la naissance pour les nouveau-nés ont significativement diminué, puisqu’ils ont été divisés par quatre entre 2021 (10,3%) et 2016 (42,8%).

- Les gestes de réanimation à la naissance sont plus fréquents en 2021 qu’en 2016 (7,8% versus 6,3% pour la ventilation, 3,2% versus 1,8% pour la pression positive continue (PPC) nasale). Toutefois les transferts en réanimation ou soins intensifs (3,0% versus 2,4%) ou en néonatalogie (4,5% versus 4,2%) restent stables.

- Près de 90% des mères dont l’enfant n’a pas été transféré en néonatalogie, ont eu un contact peau à peau avec leur enfant après l’accouchement, que ce soit en salle de naissance, au bloc opératoire ou en salle de réveil ; ce contact concernait 96,5% des femmes ayant accouché par voie basse et 56,6% des femmes ayant accouché par césarienne.

- Le taux d’allaitement maternel lors du séjour à la maternité n’a que peu augmenté depuis la précédente enquête ; 56,3% des femmes allaitent exclusivement leur enfant en 2021 contre 54,6% en 2016 et elles sont 13,4% à réaliser un allaitement mixte contre 12,5% en 2016. Ce mode d’allaitement effectif est en deçà du mode d’allaitement initialement choisi, puisqu’avant l’accouchement elles étaient 64,8% à souhaiter un allaitement exclusif et 8,5% un allaitement mixte.

- La durée du séjour en maternité après l’accouchement continue de diminuer, aussi bien chez les femmes ayant accouché par voie basse que chez les femmes ayant accouché par césarienne. En moyenne, la durée de séjour est de 3,7 jours en 2021 (versus 4,0 jours en 2016). Les durées de séjour très courtes, 2 jours ou moins, ont été multipliées par 4 (12,4% en 2021 versus 4,5% en 2016), probablement en lien avec la situation sanitaire. Le plus fréquemment, les femmes restent hospitalisées 3 jours après un accouchement par voie basse et 4 jours après une césarienne.

- A la maternité, près de 50% des femmes déclarent ne pas avoir reçu de conseils sur le couchage de leur enfant ou ne pas se rappeler si elles en ont reçu.

Synthèse des résultats du suivi à 2 mois

Le suivi à 2 mois constitue une nouveauté de l'édition 2021 de l'ENP ; 67,5% des femmes éligibles ont répondu soit par internet (71,4%) soit par téléphone (28,6%). Les pourcentages présentés dans les résultats sont pondérés pour tenir compte des différences entre les caractéristiques des femmes répondantes en maternité et non répondantes au suivi à 2 mois. Cette partie d'enquête étant nouvelle, aucune comparaison n'est possible.

- Trois quarts des partenaires ont pris ou ont prévu de prendre un congé (paternité, annuel ou parental).

- Le suivi à 2 mois permet pour la première fois d'évaluer au niveau national, la santé mentale des femmes. Elles sont 16,7% à présenter des symptômes dépressifs majeurs (score de l'Edinburgh Depression Post-partum Scale (EPDS) ≥ 13) à 2 mois du post-partum. Par ailleurs, 15,5% des femmes ont vécu difficilement ou très difficilement leur grossesse et 11,7% ont un mauvais voire très mauvais vécu de leur accouchement.

- La thématique des "soins inappropriés" est également une nouveauté de l'édition 2021 de l'ENP. Environ 10% des femmes rapportent avoir été exposées parfois ou souvent pendant leur grossesse, leur accouchement ou le séjour à la maternité à des paroles ou attitudes inappropriées, de la part des soignants, et environ 7% à des gestes inappropriés. Ceux-ci concernent tous les contextes (consultation, échographie, urgence, salle de naissance, pose de péridurale), mais sont plus fréquents lors du séjour en maternité.

- Les femmes déclarent que les professionnels de santé n'ont pas toujours demandé leur accord avant la réalisation d'acte (toucher vaginal au cours de la grossesse) ou d'intervention médicale (mise en place d'oxytocine, réalisation d'une épisiotomie ou d'une césarienne en urgence au cours de l'accouchement).

- Lorsqu'on les interroge à 2 mois sur leur satisfaction, plus de 90% des femmes se disent satisfaites voire très satisfaites de leur prise en charge médicale durant le suivi de leur grossesse et leur accouchement.

- Après la sortie de la maternité, 79,1% des femmes ont eu des visites par une sage-femme à domicile. Plus de 80% des femmes connaissent le rôle et les modalités de contact de la PMI. A deux mois, certains conseils de prévention semblent avoir été bien dispensés tels que les modalités de couchage des enfants sur le dos (seules 6,7% n'ont pas reçu de conseils concernant le couchage de leur enfant). En revanche, d'autres conseils sont donnés insuffisamment (par exemple, moins de la moitié des femmes ont eu des conseils pour calmer ou soulager les pleurs de leur enfant).

- Le taux d'allaitement à 2 mois est bas ; 34,4% des femmes allaitent exclusivement leur enfant, 19,8% réalisent un allaitement mixte et 45,8% des femmes nourrissent leur enfant avec du lait 1er âge du commerce.

- Environ 6% des femmes déclarent avoir été victime de violences psychologiques un an avant, pendant ou après la grossesse et 1,3% avoir subi des violences physiques dans un cadre familial ou extrafamilial.

L'édition 2021 de l'ENP apporte des informations complémentaires par rapport aux données médico-administratives fournies en routine par le PMSI notamment. Le suivi à deux mois est novateur et permet d'obtenir une vision plus large de la périnatalité en France. Répéter cette enquête à intervalle régulier permet d'obtenir des données actualisées utiles à l'évaluation des actions mises en place par les pouvoirs publics et à l'évaluation des recommandations de pratiques émises par les sociétés savantes.

Synthèse des résultats concernant le volet “établissement”

Comme pour chaque édition de l’ENP, les caractéristiques des maternités ont été recueillies auprès des responsables et des coordinatrices des maternités à partir d’un questionnaire établissement.

- En 2021, la France métropolitaine dispose de 456 maternités sur son territoire et 6 maisons de naissance (ces dernières ont été incluses pour la première fois en 2021) alors qu’elle comptait 497 maternités en 2016. Les résultats présentés ne concernent que les maternités participantes aux ENP (3 refus en 2021 versus 4 en 2016).

- En 2021, le nombre de maternités de type I est passé de 211 à 170. En revanche, le nombre de maternités de type IIA et IIB est stable (223 en 2021 et 222 en 2016), de même que les maternités de type III (60 établissements en 2016 et 2021). Lors de la semaine d’enquête, les maternités réalisant au moins 3500 accouchements par an représentent 15,3% des accouchements, pourcentage similaire à 2016 (15,6%). Les maternités réalisant moins de 1000 accouchements représentent 18,7% des accouchements en 2021 et celles réalisant moins de 500 accouchements par an représentent 2,8% des accouchements, pourcentages stables depuis 2016 (14,9% et 2,6% respectivement).

- Malgré leur diminution entre les deux enquêtes, 24,1% des maternités sont de statut privé à but lucratif ; 21,5% des accouchements sont réalisés dans ces structures (23,5% en 2016).

- L’équipement global des maternités s’est amélioré. En effet, près de 90% des établissements déclarent disposer d’un bloc opératoire dédié à la réalisation des césariennes au sein ou contigu au secteur naissance (versus 76,0% en 2016).

- Le pourcentage de présence des pédiatres en permanence (à savoir le jour et la nuit, la semaine et le week-end) augmente entre les deux périodes (39,4% en 2016 versus 46,8% en 2021) alors qu’il est stable pour les gynécologues-obstétriciens et les anesthésistes-réanimateurs. Le nombre moyen des sages-femmes présentes en salle de naissance semble avoir très légèrement augmenté entre les deux éditions.

- Les maternités ont recours à des intérimaires et/ou vacataires plusieurs fois par mois : 28,7% pour les gynécologues-obstétriciens, 31,2% pour les anesthésistes-réanimateurs, 22,1% pour les pédiatres et 28,0% pour les sages-femmes.

- Depuis 2016, les maternités ont développé leur offre concernant les consultations spécialisées (près de 88% des maternités ont accès à une consultation en tabacologie, et 83% en alcoologie, et/ou en addictologie). En 2021, on note une augmentation des maternités ayant une assistante sociale dédiée au service.

- La PMI est très présente au sein des établissements : 78,8% des maternités déclarent que des représentants de la PMI participent aux staffs pluridisciplinaires.

- Concernant l’organisation en salle de naissance, plus de 65% des maternités déclarent proposer souvent ou systématiquement la rédaction d’un projet de naissance. L’ensemble des maternités a renforcé le dispositif d’espace physiologique et autorise l’accouchement dans ces salles.

- Les maternités ont renforcé la présence de personnes référentes en allaitement maternel. En revanche, le temps dédié à cette activité est le plus souvent partiel.

- La très grande majorité des établissements proposent des visites à domicile par des sages-femmes après la sortie de la maternité et notamment près de 89% proposent ce service via des sages-femmes libérales hors cadre du programme d’accompagnement du retour à domicile (PRADO).

- Le fonctionnement des six maisons de naissance est différent des maternités classiques, en accord avec leur activité de suivi de grossesse et d’accouchements physiologiques, justifiant la présentation des résultats dans des tableaux dédiés.

Perspectives à partir des données de l'ENP 2021

Les données de l'ENP sont une source d'information essentielle en périnatalité (elles sont par exemple utilisées dans le cadre d'Euro-Péristat ou du rapport de surveillance de la santé périnatale en France publié en 2022 par Santé publique France) et participent à faire évoluer les politiques publiques et les pratiques cliniques. Comme lors des éditions précédentes de l'ENP, les données recueillies feront l'objet d'analyses détaillées sur de nombreuses thématiques. Certaines ont d'ores et déjà débuté et feront l'objet de publications, par exemple, concernant les addictions, l'entretien prénatal précoce, la vaccination contre la grippe, la médicalisation de l'accouchement ou encore la dépression du post-partum.

Un sous-échantillon de 3 500 femmes ayant participé à l'ENP 2021 ont accepté de prolonger le suivi en participant à l'enquête EPIFANE, dirigée par Santé publique France. Les résultats de cette enquête portant sur l'alimentation et la santé des enfants durant leur première année de vie seront publiés courant 2023.

Enfin, pour la première fois en 2021, les données collectées lors de l'ENP seront appariées aux données du SNDS. Cet enrichissement de la base donnera un éclairage complémentaire sur la santé périnatale.

Partie I

PRÉSENTATION GÉNÉRALE DES ENQUÊTES NATIONALES PÉRINATALES

I-1 Présentation générale

I-1-1 Introduction

Disposer régulièrement de données fiables et actualisées dans le domaine périnatal est un impératif en santé publique. Ces données sont indispensables 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 PMSI, mais ils ne permettent pas d'analyser tous les aspects de la situation périnatale. De nombreux indicateurs concernant, en particulier, les caractéristiques des femmes, leur vécu et les pratiques médicales ne sont pas disponibles.

La volonté de mener à intervalle régulier une enquête nationale périnatale a été annoncée par le Ministère chargé de la santé dans le Plan Périnatalité de 1994. Depuis cette date, six enquêtes ont été réalisées en 1995, 1998, 2003, 2010, 2016 et 2021.

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 au sein des maternités. 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. Depuis l'ENP de 2010, le nombre d'items collectés à la naissance a été élargi afin de mieux répondre aux objectifs et aux besoins des partenaires. L'édition 2021 s'est quant à elle enrichie d'un suivi à 2 mois et d'un appariement aux données du Système National des Données de Santé (SNDS) (données de consommation de soins ou de consommation médicamenteuse par exemple) afin de répondre à de nouveaux enjeux de santé publique. Ce rapport ne présente pas les données issues de l'appariement, qui feront l'objet de publications ultérieures. De plus, pour cette édition de l'ENP 2021, le recueil en maternité s'est poursuivi, dans les DROM, au-delà de la semaine d'enquête afin d'obtenir des échantillons plus larges pour chaque DROM (excepté la Guyane où cette extension n'a pas été possible). Ces extensions de l'ENP ont été réalisées sous la co-responsabilité de Santé publique France et des ARS locales et feront l'objet d'un rapport spécifique dans chaque DROM. Enfin, parmi les femmes ayant participé au suivi à 2 mois de l'ENP, environ 3 500 ont également accepté de participer à EPIFANE, enquête ancillaire de l'ENP 2021, portant sur l'alimentation, la santé des enfants durant leur première année de vie et la santé des mères durant cette période, également réalisée par Santé publique France.

Dans chaque édition de l'ENP, des données à la maternité 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 (Euro-Peristat, 2018). Cette démarche permet d'identifier les points forts et les points faibles de la France par rapport à d'autres pays, notamment européens (Blondel et al., 2019). Les données à recueillir sont également sélectionnées en cohérence avec les autres sources d'information pour faciliter les comparaisons entre l'échantillon national de l'enquête et ces sources de données.

Les ENP servent également à estimer les besoins en matière de prévention, à évaluer les politiques publiques relatives à la périnatalité et à analyser la diffusion des recommandations de bonnes pratiques émises par les instances représentatives des professionnels de santé. Les données à recueillir sont ainsi définies avant chaque enquête en concertation avec un comité de pilotage (Annexe 1) et les services publics au niveau national, régional et départemental, les professionnels de santé et des associations d'usagers, dans le cadre du comité d'orientation de l'ENP (Annexe 2).

I-1-2 Objectifs

Les objectifs principaux de ce rapport sont de :

- décrire les caractéristiques des maternités et l'organisation des soins au sein des services ;
- décrire les principaux indicateurs de l'état de santé des femmes et des enfants, les facteurs de risque périnatal, le contexte psycho-social dans lequel survient la grossesse, et les pratiques médicales pendant la grossesse et l'accouchement ;
- suivre l'évolution des données épidémiologiques relatives à la grossesse et à l'accouchement en France par rapport aux résultats des enquêtes antérieures ;
- décrire l'état de santé des mères et des enfants 2 mois après la naissance ;
- 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 ;
- fournir des données pour l'enquête ancillaire Epifane sur l'alimentation et la santé des enfants dans leur première année de vie et la santé de leur mère sur cette période.

I-2- Méthode

I-2-1 Population

L'enquête a eu lieu en métropole et dans l'ensemble des cinq DROM (Guadeloupe, Guyane, Martinique, Mayotte, La Réunion) ainsi qu'à Saint-Martin, collectivité d'outre-mer, à la demande de l'ARS Guadeloupe (traitée dans le présent rapport comme un DROM). L'enquête a porté sur la totalité des naissances dans les maternités publiques et privées, et dans les maisons de naissance. Les enfants nés en dehors de ces services (par exemple à domicile) et transférés par la suite en maternité ont également été inclus.

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 a eu lieu à au moins 22 semaines d'aménorrhée (SA) et/ou si le nouveau-né pesait au moins 500 grammes à la naissance. Cette définition était déjà utilisée dans les enquêtes précédentes et prend en compte les principales bornes recommandées par l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS).

Calendrier

L'ensemble des naissances survenues entre le lundi 15 mars 2021 à 00h00 et le dimanche 21 mars 2021 à 23h59 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 00h00 à 23h59 au cours de cette période.

I-2-2 Recueil des informations

Questionnaire pour chaque naissance en maternité

Le questionnaire comprenait 4 parties : 1) les caractéristiques sociodémographiques des mères, la description de la surveillance prénatale et la prise en charge de l'accouchement recueillies lors d'un entretien avec les femmes, avant leur sortie de la maternité, 2) les données relatives aux complications de la grossesse, à l'accouchement et à l'état de l'enfant à la naissance collectées à partir du dossier médical, 3) le recueil minimal de treize indicateurs à partir du dossier médical, 4) une fiche contact permettant de recueillir des informations utiles au suivi à 2 mois et à l'appariement aux données du SNDS, de la mère et de l'enfant.

Pour l'enquête en maternité, plus de 1 300 enquêteurs, essentiellement des sages-femmes mais aussi des étudiantes et étudiants sages-femmes, ont été recrutés par l'Inserm pour inclure les femmes, réaliser les entretiens et recueillir les données issues des dossiers médicaux.

Lors de l'entretien, les informations recueillies étaient de deux types :

- Les données permanentes, qui correspondent à des indicateurs périnatals que l'on souhaite répéter lors de 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 2021, une attention particulière a ainsi été portée sur le vécu des femmes et leur santé psychique, la littératie en santé et la prise en charge de la douleur à l'accouchement.

L'enquête reposait sur le principe de non-opposition, et des lettres d'informations, adaptées à chaque situation (« standard », femmes mineures, problèmes de santé de la mère et/ou de l'enfant et/ou sortie précoce) étaient distribuées aux femmes, ainsi qu'au second titulaire de l'autorité parentale. La femme pouvait s'opposer à chacune des parties de l'enquête, et le second titulaire de l'autorité parentale pouvait s'opposer au recueil des données de son enfant.

Le recueil de données comprenait un entretien en face-à-face avec les femmes lors de leur séjour en maternité, et une collecte d'informations à partir de leur dossier médical. Si une femme ne pouvait pas ou refusait de participer à l'entretien, la collecte d'informations à partir du dossier médical était réalisée, sauf en cas d'opposition. Dans ce cas, le recueil minimal de treize indicateurs était complété. La femme pouvait également s'opposer à ce recueil de données minimales.

En cas d'issues de grossesses particulières (mort fœtale in utero ou interruption médicale de grossesse) ou d'accouchement sous le secret (« *sous X* »), les femmes étaient informées de l'enquête et sollicitées uniquement pour un recueil des données minimales, auquel elles pouvaient s'opposer.

Questionnaire à 2 mois

Pour la première fois en 2021, un suivi à 2 mois a été réalisé, par Internet ou par téléphone selon le choix de la femme. Ce suivi était proposé à toutes les femmes qui avaient accepté l'entretien lors du séjour en maternité. Le questionnaire à 2 mois permettait de décrire l'expérience de la grossesse et de l'accouchement, l'organisation du retour à domicile et la santé des femmes et des enfants ainsi que des informations sur le partenaire.

Questionnaire Etablissement pour chaque maternité

Ce questionnaire avait pour objectif de décrire le lieu d'accouchement (taille, type d'autorisation, statut public/privé), les politiques du service et l'environnement plus général des naissances.

Ce questionnaire a été rempli par une sage-femme coordinatrice de la maternité, en collaboration avec une des six coordinatrices de l'équipe ENP.

I-2-3 Organisation

Conception et mise en place de l'enquête

Cette enquête a été réalisée sous la responsabilité de l'équipe EPOPé de l'Inserm, en collaboration avec un comité de pilotage composé des services suivants (Annexe 1) :

- la Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques (DREES) au ministère de la Santé et de la Prévention, 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, 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 le comité de pilotage. Ce travail a été fait en lien avec un comité d'orientation (Annexe 2) 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.

Enquête en maternité

Au niveau national, la coordination de la partie d'enquête réalisée en maternité 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 coordinateurs départementaux et/ou des enquêteurs.
- Pendant l'enquête : soutien aux coordinateurs départementaux et aux 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, et traitement des données.

Au niveau départemental, la coordination de cette partie d'enquête était placée, sous la responsabilité d'un ou plusieurs référents du service de Protection maternelle et infantile (PMI) et/ou du réseau local en santé périnatale et/ou d'une Agence Régionale de Santé et/ou d'une coordinatrice de l'équipe EPOPé. 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 du département pour leur demander leur accord de participation, recherche d'un correspondant privilégié (sage-femme référente dans chaque établissement), appui au recrutement des enquêteurs et formation de ces professionnels, suivi de la collecte de données avec la sage-femme référente, contrôle de l'exhaustivité du recueil, centralisation des questionnaires et transmission à l'équipe EPOPé de l'Inserm. Compte-tenu du contexte sanitaire, toutes

les formations ont été réalisées par visioconférence, et des tutoriels rappelant les étapes-clés du protocole ont été enregistrés et mis à disposition des enquêteurs.

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

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 des seconds titulaires de l'autorité parentale et le recueil de leur non-opposition à participer à l'enquête, la réalisation du recueil de données selon le protocole (entretien, fiche contact, collecte de données à partir du dossier médical de la femme, données minimales), la transmission de ces questionnaires et d'un bordereau de synthèse à une sage-femme « principale ». Cette sage-femme « principale » avait plusieurs missions : elle était chargée de la saisie informatique des données de la fiche contact que la femme accepte ou non d'être recontactée à deux mois et/ou qu'elle s'oppose ou non à l'appariement pour elle et/ou son enfant, sur un site internet dédié et sécurisé. Elle assurait également le contrôle de l'exhaustivité des inclusions dans son établissement puis l'envoi de l'ensemble des questionnaires au coordinateur départemental. Les questionnaires étaient alors transmis par lettre suivie à l'Inserm.

Il est à noter que les deux enveloppes d'une maternité ont été égarées après l'envoi. Les 23 femmes concernées ont été prévenues directement par la maternité et une déclaration de perte a été effectuée auprès de la Commission nationale de l'informatique et des libertés (CNIL). Seules les données du dossier médical ont de nouveau été collectées pour ces femmes. Par ailleurs, 6 femmes éligibles n'ont pas été repérées lors de la semaine d'enquête au sein d'une maternité. L'inclusion de ces femmes a donc été décalée dans le temps : elles ont été informées de l'enquête durant l'été 2021 et seules les données issues du dossier médical ont été collectées en cas de non-opposition.

La formation des enquêteurs et la distribution de documents de consignes a permis 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 de chaque questionnaire papier.

Enquête à deux mois

Le suivi à 2 mois a été piloté par Santé publique France (traitement des données et contrôles de qualité) en collaboration avec IPSOS.

Le questionnaire était proposé aux femmes qui avaient bénéficié d'un entretien en maternité et qui avaient donné leur accord à cette occasion pour être recontactées deux mois après l'accouchement. Les sages-femmes enquêtrices ont collecté leur adresse mail et/ou leur numéro de téléphone et leur préférence pour la passation du questionnaire (internet ou téléphone). Ainsi, dans les jours précédents les deux mois de l'enfant, les femmes recevaient une invitation par mail pour répondre au questionnaire via un lien sécurisé ou étaient contactées par un télé-enquêteur, formé pour cette partie de l'enquête.

En cas de non-réponse ou de réponses partielles, des relances par mail et par téléphone ont été effectuées à intervalle régulier, quel que soit le mode de passation choisi. Les femmes avaient la possibilité de répondre en plusieurs fois ou de refuser de participer à tout moment.

Le mode de passation a pu évoluer au fil des réponses. Ainsi, certaines femmes ont complété le questionnaire par internet et par téléphone. Le mode de passation retenu est le dernier mode de passation utilisé par la femme.

Contrôle des données, analyse et rédaction du rapport

La saisie des questionnaires recueillis en maternité et la constitution du fichier informatique ont été assurées par un prestataire de la DREES.

Un data management et un contrôle informatique de la cohérence des données ont été effectués, par l'équipe EPOPé de l'Inserm pour les données du questionnaire « Etablissement » et en collaboration avec Santé publique France pour les données issues du questionnaire « Naissance ».

Pour les données de suivi à deux mois, le data management et un contrôle informatique de la cohérence des données ont été effectués par Santé publique France en collaboration avec l'équipe EPOPé de l'Inserm. Le traitement statistique de la non-réponse pour le suivi à deux mois a été effectué par la DREES.

La rédaction du rapport a été réalisée par l'équipe EPOPé de l'Inserm et validé par le comité de pilotage.

I-2-4 Autorisations

L'enquête nationale périnatale est une enquête de la statistique publique, et a reçu l'avis d'opportunité auprès du Conseil National de l'Information Statistiques (CNIS) le 14 Octobre 2019, le label d'intérêt général et de qualité statistique auprès du Comité du Label (Visa n°2021X701SA, arrêté du 23 Novembre 2020), l'avis favorable d'un Comité de Protection des Personnes le 7 Juillet 2020, et l'autorisation de la CNIL (DR-2020-391 du 31 Décembre 2020).

I-3- Effectifs et qualité des données

I-3-1 Information préalable sur les DROM

Une extension de l'ENP a été réalisée dans les DROM (à l'exception de la Guyane où cette extension n'a pas été possible) sous la responsabilité de Santé publique France et des ARS des départements concernés. L'objectif de ces extensions était d'obtenir un échantillon d'environ 800 naissances par département permettant ainsi de réaliser des analyses spécifiques avec une puissance statistique suffisante pour mieux appréhender la dynamique de chaque territoire.

Comme stipulé dans l'avant-propos, un rapport par DROM, réunissant les données de la semaine nationale et de l'extension sera rédigé. Dans ce présent rapport, un descriptif des établissements et la participation à la naissance et à deux mois seront présentés pour l'ensemble des DROM puis un tableau par département présentant quelques caractéristiques sociales des femmes et des indicateurs médicaux (Partie V). Le faible effectif par département pour la semaine nationale ne permet pas d'effectuer des comparaisons. Les données des DROM issues de la semaine nationale ont ainsi été réunies et apparaissent dans les tableaux relatifs aux comparaisons régionales (Tableaux 48 à 64) mais ces résultats ne seront pas commentés compte tenu de l'hétérogénéité de ces territoires.

I-3-2 Effectifs

Sur les 483 maternités en activité en France, dont 459 en France métropolitaine, trois 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 trois maternités en 2021 est de 80 (données du PMSI). En 2016, 4 maternités sur 497 avaient refusé de participer à l'ENP.

L'échantillon total comprend 12 939 naissances en métropole, dont 12 828 naissances vivantes, soit 12 723 femmes, compte tenu des naissances multiples (Tableau 1).

L'Institut national de la statistique et des études économiques (INSEE) recensait 57 900 naissances vivantes en France métropolitaine en mars 2021, soit un nombre hebdomadaire de naissances vivantes d'environ 13 074, si l'on fait l'hypothèse que les naissances étaient réparties de manière homogène au cours du mois. Cet effectif est très voisin du nombre de naissances vivantes dans l'enquête.

En France métropolitaine, parmi les 12 939 naissances durant la période d'enquête, 118 concernaient des issues particulières de grossesse (IMG, mort fœtale, accouchement sous le secret). Les informations du questionnaire minimal n'ont pas été collectées pour 5 naissances (refus).

La participation à l'enquête (Figure 1) pour les 12 614 femmes ayant donné naissance à un enfant vivant (n=12 821) se décompose de la manière suivante : 10 913 questionnaires complets (entretien et données du dossier médical) soit 86,4% des femmes éligibles (n=11 081 naissances), 45 femmes ont accepté de participer à l'entretien mais ont refusé le recueil des données médicales (0,3%) (n=47 naissances), 1 130 ont refusé de participer à l'entretien mais ne sont pas opposées au recueil d'informations à partir de leur dossier médical (9,0%) (n=1 159 naissances), 435 ont accepté uniquement le recueil des données minimales (3,4%) (n=442 naissances) et 91 femmes ont refusé toutes les parties du questionnaire (0,7%) (n=92 naissances).

Parmi les 12 240 naissances avec les données médicales complétées, les informations concernant l'enfant sont manquantes pour 148 naissances, suite à l'opposition du second titulaire de l'autorité parentale.

Jusqu'à deux motifs de non-participation à l'entretien pouvaient être notés : pour les 1 656 femmes concernées, les deux principaux motifs étaient le refus (61,3%), et les problèmes de langue rendant impossible le déroulement de l'entretien (19,0%).

A l'issue de l'entretien, 9 912 femmes ont accepté de participer au suivi à 2 mois, soit 90,5% des femmes ayant accepté l'entretien (9 912/10 958), et 78,6% des femmes éligibles (9 912/12 614).

Le questionnaire suivi à deux mois a été complété pour 7 399 femmes (7 500 naissances) soit 74,6% des femmes ayant accepté d'être recontactée (7 399/9 912), 67,5% des femmes éligibles en maternité (7 399/10 958 femmes avec entretien). Sur l'ensemble des femmes incluses dans cette édition de l'ENP, le taux de participation à deux mois est de 58,7% (7 399/12 614).

I-3-3 Exhaustivité des données issues des naissances vivantes

Parmi les 12 614 femmes ayant donné naissance à au moins un enfant né-vivant, 95,8 % ont accepté de participer à cette enquête (entretien et/ou données du dossier médicales), 3,5 % ont uniquement accepté le remplissage des 13 items du questionnaire minimal et 0,7% ont refusé de participer (questionnaire vide).

Données issues de l'entretien en maternité

Parmi les 10 958 femmes ayant accepté l'entretien (soit 11 128 naissances vivantes), les données ne sont manquantes que pour 0,1 à environ 1% 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. Seuls quelques items (douleurs à l'accouchement et professionnel présent à l'accouchement notamment) présentent un pourcentage de données manquantes plus important d'environ 10%.

Données issues du dossier médical de la femme

Les données manquantes issues du dossier médical sont peu nombreuses, tout comme en 2016. Parmi les 12 043 femmes ne s'étant pas opposées au remplissage de cette partie et les 12 240 naissances vivantes correspondantes, les données manquantes varient de 0,1% à environ 1% pour les questions relatives aux antécédents et aux complications survenues en cours de grossesse. La localisation placentaire en fin de grossesse est manquante dans 3,6% des dossiers, la suspicion d'anomalie de poids fœtal dans 6,3% et les mesures échographiques dans 10% à 23%, probablement expliquées par la non-présence des comptes-rendus d'échographie dans les dossiers obstétricaux des maternités.

Globalement, les données manquantes relatives à l'accouchement sont faibles et varient de 0,5% à 1,5%. Toutefois, certaines données sont exhaustives ou quasi-exhaustives (par exemple, présentation fœtale, mode du début de travail ou encore mode d'accouchement) ; d'autres au contraire sont manquantes dans un nombre plus important de dossiers (modalité de rupture de la poche des eaux (3,6%) ou pertes sanguines à l'accouchement (15,5%)). Ce pourcentage s'explique probablement par l'absence de l'information dans le dossier médical.

La quantité de données manquantes relatives à l'enfant est légèrement plus élevée, et est en partie expliquée par l'expression du droit d'opposition du second titulaire de l'autorité parentale : 1,3% pour le poids de naissance, 1,7% pour l'Apgar à 5 minutes, 2,9% pour le prélèvement de liquide gastrique, 3,3% pour le sexe de l'enfant à plus de 10% pour le pH artériel. Ces pourcentages de données manquantes reflètent la diversité

des pratiques au sein des maternités mais aussi la difficulté à trouver les informations relatives au nouveau-né au sein des dossiers obstétricaux des maternités ou encore la mise en page du questionnaire ENP qui pourrait être améliorée.

Données issues du suivi à 2 mois

Parmi les 7 399 femmes qui ont répondu au questionnaire de suivi à deux mois, 5 femmes n'ont pas été incluses dans les analyses en raison de l'état de santé de l'enfant et 674 (9,1%) ont partiellement complété le questionnaire. Globalement, les données manquantes sont peu fréquentes lorsque la femme a intégralement complété le questionnaire. La partie relative aux données de l'enfant préconisait l'usage du carnet de santé afin de faciliter la réponse aux questions et a engendré de nombreux arrêts de remplissage.

Données des établissements

Concernant les données sur les établissements, toutes les maternités ayant accepté de participer à l'enquête ont rempli le questionnaire lors d'un entretien avec une coordinatrice de l'ENP. Ainsi, les données manquantes sont rares.

I-3-4 Représentativité des données en maternité

Pour vérifier la représentativité des données, l'Inserm, en collaboration avec la DREES, a comparé les résultats de l'ENP 2021 aux statistiques du PMSI, en se basant à la fois sur l'ensemble des naissances du 15 au 21 mars 2021 en France métropolitaine, et sur toutes les naissances de l'année 2021. Les naissances réalisées dans les maisons de naissances ne sont pas incluses dans les données PMSI.

Pour la majorité des indicateurs comparés, les distributions sont très proches entre les résultats de l'ENP 2021 et les données du PMSI de 2021 (Tableau 2) ce qui permet de conclure que les données issues de l'ENP 2021 sont représentatives des données nationales de l'année.

I-3-5 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 (IC) 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 : suivi de grossesse par une sage-femme libérale, césarienne.

Dans ce rapport, les résultats descriptifs sur les naissances et le suivi à deux mois pour l'année 2021 sont présentés avec leur intervalle de confiance à 95 %.

I-4- Présentation des résultats

Les résultats de l'ENP 2021 sont présentés en trois parties :

- Résultats sur les naissances en 2021 et leur évolution depuis 2016
- Résultats sur le suivi à 2 mois des femmes et des enfants en 2021
- Résultats sur les établissements en 2021 et leur évolution depuis 2016.

I-4-1 Résultats sur les naissances à la maternité

La partie sur les naissances est divisée en trois sections :

- L'évolution des caractéristiques des femmes, des pratiques médicales et de la santé entre 2016 et 2021 en métropole (Tableau 3 à Tableau 47)
- La comparaison de plusieurs indicateurs selon le type de grossesse, unique ou gémellaire (Tableau 48 à Tableau 50)
- Une présentation par grandes régions des principaux indicateurs décrivant les facteurs de risque, la prise en charge médicale et la santé (Tableau 51 à Tableau 64).

Pour étudier l'évolution récente des indicateurs, nous avons comparé les données de l'ENP 2021 aux données de l'ENP de 2016 (Blondel et al., 2017). Dans le contenu de ce rapport, nous faisons également référence aux résultats des enquêtes antérieures pour situer l'évolution dans un contexte plus large. L'échantillon de 2016 comprenait 13 133 femmes et 13 369 naissances en métropole. Les enquêtes suivaient un même protocole, en dehors des points suivants :

- Recueil de données minimales pour les femmes mineures en 2016 ;
- Formulation différente de certaines questions entre les deux enquêtes, 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 d'alcool et de cannabis, sur la santé mentale et sur les violences : questionnaire auto-administré en 2016 et questions posées directement aux femmes lors de l'entretien en 2021 par la sage-femme enquêtrice.

Ces différences sont expliquées par des notes dans les tableaux. Par ailleurs, le questionnaire de 2021 aborde de nouveaux thèmes. Ainsi, dans plusieurs tableaux, les résultats ne portent que sur l'année 2021.

L'ensemble des résultats pour 2016 et 2021 sont présentés pour les naissances vivantes pour les femmes ayant accepté l'entretien et/ou le recueil des données du dossier médical. Pour chaque item, nous présentons l'effectif, le pourcentage et son intervalle de confiance en 2021, et le pourcentage correspondant en 2016. Un test de comparaison des distributions a été réalisé pour tester les différences entre les 2 enquêtes. En raison de la taille des échantillons et du nombre de tests effectués, les différences ont été considérées comme significatives à un risque inférieur à 1 / 1 000 ($p < 0{,}001$), sauf pour les comparaisons régionales (Tableau 51 à Tableau 64), où le seuil retenu était de 1 / 100 ($p < 0{,}01$).

I-4-2 Résultats à 2 mois

Les résultats de ce suivi ne concernent que les femmes qui ont eu un entretien en maternité et accepté et répondu à ce suivi (n=7 399). Aucune comparaison n'a été effectuée puisque le suivi à deux mois est réalisé pour la première fois en 2021. Les indicateurs issus du suivi pourraient être biaisés en raison de l'attrition de la cohorte et des caractéristiques des non-répondantes à 2 mois (femmes ayant refusé la participation dès la maternité ou femmes ayant accepté de participer mais qui n'ont pas répondu au questionnaire à 2 mois). A donc été associée à chaque femme répondante au suivi à 2 mois une pondération utilisée pour corriger ce biais. Cette pondération, réalisée par la DREES, est calculée en modélisant par la technique des groupes de réponse homogène (Eltinge et al., 1997), les probabilités de réponse à chacune des étapes de sélection de

l'échantillon des femmes répondantes au suivi à 2 mois : non réponse à la collecte des données en maternité (à l'exception des données du questionnaire minimal), puis non réponse à l'entretien en maternité, enfin non réponse au suivi à deux mois sachant que les réponses à l'entretien en maternité sont disponibles. La technique de construction des groupes de réponse homogène utilisée s'appuie sur l'algorithme de constitution de cellules d'imputation de Haziza et Beaumont (Haziza et al., 2007). Ainsi, les pourcentages présentés sont pondérés et prennent en compte le profil de toutes les répondantes à la naissance.

Les caractéristiques des femmes et des enfants, 2 mois après la naissance de l'enfant, sont présentées dans les tableaux 65 à 84.

I-4-3 Résultats sur les établissements

Les résultats en France métropolitaine en 2021 et leur évolution depuis 2016, sont présentés selon le type d'autorisation et la taille des maternités. La taille des maternités est calculée à partir du nombre d'accouchements de l'année précédant l'enquête (2015, 2020) déclarée par les responsables des maternités ayant complété le questionnaire « Etablissement ».

Les tests statistiques comparent l'évolution entre les deux années étudiées, à savoir 2016 et 2021, sur la base des différences significatives au seuil de 1 / 100 ($p < 0{,}01$). Toutefois, les variations sont décrites selon les deux variables étudiées pour appréhender l'évolution des maternités dans leur ensemble.

Le fonctionnement des maisons de naissance est décrit spécifiquement dans les tableaux 101 et 102.

I-4-4 Résultats sur les DROM

Les résultats sur les établissements dans les DROM et le taux de participation sont décrits dans le tableau 103. Les tableaux 104 à 109 présentent quelques résultats pour chaque DROM issus de la semaine nationale et des semaines d'extension, comparés à la métropole. Les différences ont été considérées comme significatives à un risque inférieur à 1 / 1 000 ($p < 0{,}001$).

Partie II

RÉSULTATS SUR LES NAISSANCES

II-1 Description et évolution depuis 2016 sur les naissances en métropole

II-1-1 Caractéristiques sociodémographiques des femmes

Entre 2016 et 2021, l'âge moyen des femmes à l'accouchement a augmenté (Tableau 3). La part des accouchements chez les femmes âgées de 35 à 39 ans est passée de 17,2% à 19,1% et celle âgée de 40 ans et plus de 3,9% à 5,4%. 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 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, 30,4 ans en 2016 et 30,9 ans en 2021 (INSEE, 2021). En 2021, 22 femmes mineures ont été incluses dans l'ENP. En 2016, ces femmes n'avaient bénéficié que d'un questionnaire minimal d'emblée.

La proportion de femmes mariées ou pacsées au moment de la naissance de leur enfant atteint 60,5% en 2021 versus 58,7% en 2016. La proportion de femmes mariées a diminué entre 2016 et 2021, passant de 40,6% à 38,2%. Cette baisse 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 (INSEE, 2022). La part des femmes pacsées a augmenté entre 2016 et 2021, passant de 18,1% à 22,3%. La grande majorité des femmes déclarent vivre en couple dans le même logement que leur partenaire (92,1%) ; 0,5% des femmes déclarent que leur partenaire est une femme. La part des femmes ne vivant pas en couple est stable depuis 2016, aux alentours de 5%. La proportion de femmes vivant dans un logement personnel (93,7%) est également stable. En revanche la part des femmes déclarant vivre dans un foyer d'accueil ou à l'hôtel a augmenté passant de 0,8% en 2016 à 1,5% en 2021.

La part des femmes de nationalité étrangère accouchant en France métropolitaine a légèrement augmenté entre 2016 et 2021, passant de 14,1 % à 15,8% (Tableau 4). Le principal groupe de femmes étrangères en 2021 est composé des femmes d'Afrique du Nord (5,4%), comme en 2016, puis des femmes d'autres pays d'Afrique et d'Europe. De même, la part des femmes nées hors de France est en augmentation, passant de 18,6 % en 2016 à 21,0% en 2021. Si l'Afrique du Nord reste la principale région de naissance des femmes nées hors de France, on note une augmentation plus importante des femmes nées dans un autre pays d'Afrique (6,2% en 2021 versus 4,7% en 2016). Parmi les femmes nées à l'étranger, la part de celles arrivées en France dans l'année précédant leur accouchement a diminué entre 2016 et 2021, passant de 11,5% à 6,1%. Il faut interpréter ce résultat au regard du contexte de pandémie de la COVID-19 qui a limité les flux migratoires au cours des années 2020 et 2021.

Le niveau d'études 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 puis 55,4% en 2016 et 59,4% en 2021 (Tableau 4). L'augmentation est particulièrement forte chez les femmes ayant un niveau d'études supérieur ou équivalent à baccalauréat + 5, dont la part est passée de 17,9% à 22,3% entre 2016 et 2021. Ceci est le résultat de l'allongement des études chez l'ensemble des jeunes depuis plusieurs décennies, particulièrement sensible chez les femmes (INSEE, 2020).

En 2021, 67,9% des femmes avaient un emploi à la fin de leur grossesse, soit une relative stabilité par rapport à 2016 où elles étaient 68,1% (Tableau 5). Il faut noter que compte tenu du contexte sanitaire, il a été décidé de classer comme « en activité en fin de grossesse » les femmes au chômage partiel. La part des femmes au chômage en fin de grossesse (hors chômage partiel à cause de la crise sanitaire) est en diminution, passant de 16,8% en 2016 à 13,0% en 2021, soit proche du taux de 12,8% en 2010. On note une augmentation importante de la catégorie « autre situation » en fin de grossesse (3,4% versus 0,9% en 2016), incluant entre autres le congé parental et le congé sans solde. Cette augmentation indique probablement une hétérogénéité des situations professionnelles face à la crise sanitaire, sans que l'on puisse émettre d'hypothèse plus précise. Elle peut aussi s'expliquer par une formulation différente des questions entre les deux éditions ; par exemple le congé parental était classé parmi la catégorie « en activité » en 2016 alors qu'il est considéré comme une « autre situation » en 2021.

La part des femmes ayant exercé un emploi durant leur grossesse, même pour une courte période, est stable: elle était de 70,8% en 2016 et est de 69,8% en 2021, mais avec une augmentation du travail à temps plein qui est passé de 78,5% à 82,7%.

Comme en 2016, un classement automatique du libellé des professions, actuelles ou précédemment exercées, selon la nomenclature des professions et catégories socioprofessionnelles (PCS) a été effectué par l'intermédiaire du logiciel *Sicore* (Système informatisé de codage des réponses aux enquêtes) de l'INSEE. Les professions les plus souvent occupées sont celles d'employées pour 35,8% des femmes et les professions intermédiaires pour 26,2% d'entre elles (Tableau 5). On observe une évolution des professions exercées par les femmes accouchant en France métropolitaine, avec plus de cadres et professions intellectuelles supérieures (17,8% versus 10,3% en 2016). Le nombre de femmes se déclarant « sans profession » a augmenté passant de 7,7% en 2016 à 10,3% en 2021.

Concernant l'âge gestationnel à l'arrêt de l'activité professionnelle, sans reprise du travail jusqu'à l'accouchement, on observe un arrêt plus précoce. Si la part des femmes s'arrêtant de travailler au-delà de 32 semaines d'aménorrhée (SA) est stable aux alentours de 29%, l'arrêt avant 22 SA est plus fréquent en

2021 (24,8% en 2016 versus 30,3% en 2021). Des analyses issues des données de l'ENP 2010 avaient montré que les femmes avec les emplois les plus instables et avec les professions les moins qualifiées étaient celles qui arrêtaient de travailler plus précocement (Vigoureux et al., 2016). Les résultats de 2021 doivent également être interprétés au regard de la pandémie de la COVID-19. Afin de mieux comprendre cette dynamique d'arrêt précoce, des analyses spécifiques seront menées.

Les ressources des femmes sont 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 au moment de l'enquête. Les ressources ont été hiérarchisées en catégories exclusives : 1) l'allocation d'aide au retour à l'emploi (ARE) (ou allocation chômage), 2) le Revenu de Solidarité Active (RSA), 3) d'autres aides (allocation aux adultes handicapés, aides familiales ou associatives, etc.), 4) les revenus provenant d'une activité professionnelle (salaire, honoraires, prime d'activité, etc.) et 5) les ménages sans ressources. Les prestations familiales pour les enfants ou pour le logement ou encore la prestation d'accueil du jeune enfant n'étaient pas comptabilisées dans les autres sources de revenu. Au total, 16,4% des ménages ont perçu une ARE (versus 15,1% en 2016) (Tableau 6). Le taux de ménage percevant le RSA est de 6,9% en 2021. Enfin 72,6% des ménages ont eu des ressources issues d'une activité professionnelle, soit une légère augmentation depuis 2016 (71,8%). Cependant, la comparaison avec 2016 est difficile puisque la prime d'activité était incluse dans la catégorie « RSA » en 2016 et alors qu'elle est incluse dans les ressources issues d'une activité professionnelle en 2021.

Concernant le niveau de revenu des ménages, la question posée en 2021 concernait les revenus nets après prélèvement à la source, contrairement à 2016. En 2021, l'enquête met en évidence que la part des très faibles revenus, de moins de 1 000 € mensuels, est en diminution depuis 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 (passant de 23,4% en 2016 à 27,1% en 2021) et très importante pour les revenus supérieurs à 4 000 € par mois (passant de 18,1% à 24,6%). Cette évolution était déjà observée entre 2010 et 2016. Celle-ci se poursuit malgré le prélèvement de l'impôt à la source, qui aurait pu biaiser les réponses de femmes à la baisse. Malgré cette augmentation de revenu, le sentiment d'aisance financière reste plutôt négatif avec 2,3% des femmes déclarant « ne pas y arriver sans faire de dettes », 7,3% déclarant « y arriver difficilement » et 31,8% de façon « juste ». Elles sont 2,8% à avoir dû renoncer à des consultations, examens ou soins dentaires pour des raisons financières (Tableaux 6 et 7).

La couverture sociale des femmes au début de la grossesse reste relativement stable : la part des femmes n'ayant pas de couverture sociale en début de grossesse est en diminution, passant de 1,4% en 2016 à 1,0% en 2021. La part des femmes bénéficiaires de l'Aide médicale d'État (AME) a, en revanche, augmenté de 1,1% à 1,7% (Tableau 6). La plupart des femmes ont une couverture maladie complémentaire ; seules 7,1% déclarent ne pas disposer d'une couverture maladie complémentaire en 2021 contre 8,7% en 2016.

Comme en 2016, l'indice de précarité a été calculé (Opatowski et al., 2016). Il prend en compte les quatre critères suivants : ne pas vivre en couple, percevoir le RSA, être bénéficiaire de l'AME ou ne pas avoir d'assurance sociale et ne pas avoir de logement personnel. La part des femmes défavorisées (indice=2) et très défavorisées (indice=3) est en diminution passant respectivement de 7,2% à 3,9% et de 3,8% à 1,3% entre 2016 et 2021 (Tableau 7).

II-1-2 Contexte de la grossesse

Bien que la pilule reste la principale méthode de contraception utilisée avant la grossesse, son usage continue de diminuer. Les femmes utilisatrices d'une contraception orale avant la grossesse étaient 73,8% en 2010, 62,9% en 2016 et sont 52,6% en 2021 (Tableau 8). Cette baisse est compensée par l'adoption d'autres méthodes hormonales et non hormonales, en particulier le dispositif intra-utérin (DIU) dont l'usage passe de 9,5% en 2016 à 14,0% en 2021. Les méthodes naturelles, telles que le retrait, sont également en augmentation. La part des femmes déclarant n'utiliser aucune contraception augmente, passant de 8,3% en 2016 à 11,8% en 2021.

La majeure partie des femmes (70,9%) ont arrêté leur contraception dans le but d'avoir un enfant. Ce pourcentage a diminué entre 2016 et 2021, mais cette baisse pourrait être en partie expliquée par les modalités de réponse à cette question dans l'enquête qui différaient entre les deux éditions. En 2021, les femmes déclaraient avoir arrêté leur contraception dans 13,8% des cas car celle-ci ne leur convenait pas. Cette modalité de réponse n'était pas proposée en 2016. On note, cependant, que la part des accouchements faisant suite à une grossesse sous contraception est stable (9,1%) (Tableau 8) alors qu'une augmentation avait été observée entre 2010 et 2016 (Bonnet et al., 2021).

Pour cette grossesse, 6,7 % des femmes ont eu recours à un traitement de l'infertilité, taux stable comparativement à 2016 (Tableau 8). Le traitement le plus souvent utilisé est une fécondation in vitro (3,2% des accouchements). Comme en 2016, le pourcentage de femmes ayant eu une fécondation in vitro ou une insémination artificielle est un peu plus élevé dans notre enquête (4,7% des femmes) que dans les statistiques de l'Agence de la biomédecine qui estimait, en 2019, que 3,6% des enfants nés en France étaient issus d'une

grossesse obtenue par aide médicale à la procréation (ABM, 2020). La part des grossesses obtenues avec dons d'ovocytes est faible, mais en augmentation passant de 0,1% à 0,4% entre 2016 et 2021, sans qu'on puisse estimer la part des fécondation in vitro avec dons d'ovocytes réalisés à l'étranger.

Seulement 37,9% des femmes consultent en prévision d'une grossesse, chiffre en légère augmentation depuis 2016 (35,3%) (Tableau 8), 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 enceinte maintenant » (71,4% des femmes versus 72,5% en 2016) (Tableau 9). Le pourcentage de femmes qui auraient souhaité ne pas être enceinte est stable entre 2016 (3,5%) et 2021 (4,0%).

L'état psychologique des femmes durant la grossesse semble s'être dégradé ; elles sont 8,9% à s'être senties « assez mal » (versus 7,3% en 2016) et 3,4% « mal » (versus 2,8% en 2016) durant leur grossesse (Tableau 9). En 2016, les questions concernant le vécu de la grossesse étaient posées à l'aide d'un questionnaire auto-administré contrairement à 2021 où ces questions étaient intégrées dans l'entretien en maternité. En 2021, 25,6% des femmes déclarent qu'il leur est 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 » (versus 23,6% en 2016) et 19,1% 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 » (versus 18,2% en 2016). Ces deux items correspondent aux symptômes principaux des troubles dépressifs selon le DSM (Manuel Diagnostic et Statistique des Troubles Mentaux). Les données de l'enquête ne permettent pas de définir la part de ces symptômes liés au contexte pandémique. Cependant, de nombreuses études ont montré l'impact de la pandémie sur les syndromes dépressifs aussi bien en population générale, que chez des femmes enceintes, ce qui pourrait expliquer au moins en partie l'augmentation entre 2016 et 2021 (Renaud-Charest et al., 2021).

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 2016, de 6,4% à 8,9% ; ces femmes ont consulté le plus souvent un psychologue ou un psychothérapeute (Tableau 9).

L'augmentation de l'indice de masse corporelle (IMC) observée depuis 2003 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 20,0% à 23,0% pour les femmes en surpoids, c'est-à-dire ayant un IMC entre 25

et 29,9 et de 11,8% à 14,4% pour les femmes obèses, c'est-à-dire ayant un IMC égal ou supérieur à 30 (Tableau 10). La prise de poids pendant la grossesse est stable entre les deux enquêtes et est de 12,5 kg en moyenne.

Un an avant la grossesse, 27,1% des femmes étaient fumeuses (Tableau 11). La comparaison avec les données de 2016 n'est pas possible compte tenu d'une formulation différente des questions entre les deux enquêtes (en 2016, il était demandé aux femmes si elles avaient fumé « juste avant » leur grossesse et elles étaient 30% à répondre positivement) (Demiguel et al., 2021).

Le tabagisme en cours de grossesse a diminué puisque 12,2% des femmes déclaraient fumer au moins une cigarette par jour au troisième trimestre de leur grossesse en 2021 versus 16,3% en 2016. Les plans nationaux de lutte contre le tabagisme (augmentation du prix du tabac, amélioration du remboursement des substituts nicotiniques, élargissement de l'éventail des professionnels pouvant intervenir dans la prise en charge de l'arrêt du tabac, démarche dans les lieux de santé et maternités sans tabac, etc.) et les campagnes visant spécifiquement les femmes enceintes, expliquent sûrement en partie ces résultats (Pasquereau et al., 2021). De plus, les données de notre enquête montrent que les professionnels de santé portent une plus grande attention au tabagisme pendant la grossesse, puisque 91,9% des femmes enceintes ont été interrogées quant à leur consommation de tabac (versus 79,8% en 2016) (Tableau 13).

En 2016, les questions concernant la consommation de cannabis et d'alcool étaient posées à travers un questionnaire auto-administré contrairement à 2021, où elles étaient posées directement au cours de l'entretien en maternité. Pour cette édition, 6,0% des femmes déclarent avoir fumé du cannabis un an avant la grossesse. Elles ne sont plus que 1,1% à avoir déclaré fumer du cannabis durant la grossesse, chiffre en diminution depuis 2016 où elles étaient 2,1% (Tableau 11). On ne peut totalement exclure un biais de sous-déclaration lié aux modalités de recueil des données, dans la mesure où la consommation de drogue est formellement déconseillée pendant la grossesse et que l'enquête s'est déroulée en milieu médical. Selon l'Observatoire français des drogues et tendances addictives, en 2017, 7,1% des femmes âgées de 18 à 64 ans avaient déclaré avoir consommé du cannabis au moins une fois dans l'année (OFDT, 2020).

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 seulement 73,9% des femmes déclarent avoir été interrogées sur leur consommation d'alcool pendant la grossesse (Tableau 13). Ce chiffre est malgré tout en augmentation depuis 2016 (67,1%). Si davantage de femmes ont reçu des conseils de la part des professionnels concernant leur

consommation d'alcool durant la grossesse (Tableau 13), une part encore importante (42,7%) déclare ne pas en avoir reçu.

Environ 3% des femmes ont déclaré avoir consommé au moins une fois de l'alcool durant la grossesse. Les données relatives à la consommation d'alcool en 2016 (Tableau 12) ont été recueillies par auto-questionnaire et ne concernent pas la même période de référence. Du fait de ces différences dans les modalités de question, aucun test statistique n'a été réalisé pour ces questions. Par ailleurs, comme pour 2016, ce chiffre est à prendre avec précaution car, souvent, les femmes ne déclarent pas leur consommation d'alcool de façon exhaustive ou peuvent la sous-estimer devant la sage-femme enquêtrice (Lange et al., 2014; Gomez-Roig et al., 2018).

II-1-3 Surveillance prénatale et mesures de prévention

Contrairement à 2016, les questions concernant la date de déclaration de grossesse, le professionnel ayant déclaré la grossesse et le nombre de consultations prénatales n'ont pas été posées en 2021. Ces données sont disponibles dans le Système National des Données de Santé (SNDS) et pourront être exploitées lorsque la base de données de l'ENP 2021 sera appariée au SNDS.

Plus de 90% des femmes se sont senties « très bien » ou « bien » entourées par leur entourage durant la grossesse. Les femmes peu et pas entourées représentent respectivement 6,7% et 1,7% des femmes interrogées (Tableau 14).

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. Elle est assurée par les services de PMI, le plus souvent par voie postale. Comme en 2016, ce carnet est encore trop peu diffusé aux femmes, 56,2% déclarant ne pas l'avoir reçu en 2021, versus 40,5% en 2016 (Tableau 14). Lorsque celui-ci est récupéré, il l'est le plus souvent en maternité lors des consultations prénatales.

Pendant la grossesse, 18,5% des femmes ont eu au moins une visite à domicile par une sage-femme, chiffre stable par rapport à 2016. Par ailleurs, 8,2% des femmes ont signalé avoir eu un entretien avec un(e) assistant(e) de service social durant la grossesse (versus 8,8% en 2016).

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. Même si ce chiffre est en augmentation, il est encore peu réalisé en 2021 :

seules 36,5% des femmes déclarent en avoir eu un, contre 28,5% en 2016 et 21,4% en 2010 (Tableau 15). 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). En 2021, l'EPP est essentiellement réalisé par les sages-femmes libérales, dans 57,5% des cas (versus 47,2% en 2016). Comme en 2016, l'entretien a souvent eu lieu au quatrième mois de grossesse mais près de la moitié des entretiens a cependant été réalisée plus tard (47,8% en 2021 versus 49,7% en 2016). À l'issue de l'entretien, 13,1% des femmes ont rapporté qu'elles avaient été orientées vers un professionnel pour des raisons particulières (difficultés sociales, difficultés psychologiques, tabagisme, etc.). Depuis le 1er mai 2020, l'EPP est rendu obligatoire (JORF, 2019), ce qui devrait tendre vers une généralisation de sa réalisation, qui pourra être évaluée lors de la prochaine édition de l'ENP.

Les séances de préparation à la naissance et à la parentalité (PNP) sont très suivies par les primipares (80,3% d'entre elles) – beaucoup moins par les multipares (35,3%). Cette participation est stable entre 2016 et 2021 aussi bien pour les primipares que pour les multipares (Tableau 15). La grande majorité des séances de PNP est réalisée en libéral. Comme en 2016, les trois quarts des femmes ayant suivi des séances de PNP ont eu entre 4 et 8 séances.

Le principal professionnel en charge du suivi prénatal pendant les six premiers mois est un gynécologue-obstétricien, consulté majoritairement en libéral, comme en 2016 (Tableau 16). Cependant, la répartition du professionnel principalement consulté a changé depuis 2016. Il s'agit dans près de 40% des cas d'une sage-femme, que ce soit en libéral (22,9% en 2021 versus 8,5% en 2016) ou en maternité publique ou en centre périnatal de proximité (CPP) (16,1% en 2021 versus 14,8% en 2016). Cette évolution pourrait s'expliquer par la hausse du nombre de sages-femmes exerçant une activité libérale et par une meilleure visibilité de leurs compétences (Anguis et al., 2021).

Près de 95% des femmes ont eu au moins une consultation avec l'équipe de la maternité dans laquelle elles ont accouché (Tableau 16). La moitié des femmes ont consulté au moins une fois en urgence ou sans rendez-vous pour un motif lié à la grossesse, principalement à la maternité ou à l'hôpital.

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) est toujours très supérieur au nombre recommandé : il était de 4,5 en 2003, 5,0 en 2010, 5,5 en 2016 et 6,3 en 2021. L'augmentation concerne surtout les suivis avec six échographies ou plus, qui sont passés de 35,9% en 2016 à 49,0% en 2021 (Tableau 17). Il est possible qu'un certain nombre de ces échographies ne

soit pas facturé, et ne soit réalisé que lors de consultation de suivi afin de s'assurer de la vitalité fœtale. La comparaison avec les données de remboursement de l'assurance maladie, issues du SNDS, pourra éclairer cet aspect. En 2021, 90,2% des femmes déclaraient avoir eu une mesure échographique de la clarté nucale (versus 87,0% en 2016). La part des femmes ne sachant pas si cette mesure avait été effectuée continue à diminuer, passant de 9,4% en 2010 à 6,9% en 2016 puis 5,7% en 2021 (Tableau 17).

La proportion des femmes ayant eu un dépistage de la trisomie 21 a augmenté, passant de 86,5% en 2016 à 90,9% en 2021 (Tableau 17). Les données des ENP 2010 et 2016 avaient permis d'identifier que ce dépistage était moins souvent réalisé chez les femmes nées hors de France et que celui-ci leur était moins souvent proposé (Anselem et al., 2021). En 2021, parmi les femmes n'ayant pas eu de dépistage, le motif le plus fréquemment mentionné est le refus de l'examen (65,6%), puis vient la consultation trop tardive (14,9%). La part des femmes ayant eu une amniocentèse a diminué (2,0% en 2021 versus 3,6% en 2016) et la part de celles ayant eu une biopsie de trophoblaste est stable (0,5% en 2021 et 0,6% en 2016). Cette diminution des amniocentèses est probablement liée au dépistage prénatal non invasif (DPNI) réalisé chez 15,6% des femmes en 2021. En effet, depuis 2019, le DPNI est remboursé en cas de marqueurs sériques montrant un risque de trisomie 21 supérieur à 1/1000.

La part des femmes ayant eu un dépistage du diabète gestationnel durant leur grossesse avait fortement diminué entre 2010 et 2016 suite aux recommandations pour la pratique clinique, proposant un dépistage ciblé 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). En 2021, le taux de dépistage du diabète gestationnel a de nouveau augmenté, passant de 73,2% en 2016 à 76,1% (Tableau 18). Cette hausse pourrait être en rapport avec l'augmentation des facteurs de risque maternels (âge et obésité). Cependant ce taux très élevé fait penser que le dépistage est encore très fréquemment réalisé chez des femmes ne correspondant pas à la population cible de ces recommandations.

Malgré les recommandations émises dans le cadre du Plan Cancer 2009, renouvelées en 2014, et les recommandations émises par la Haute Autorité de Santé (HAS) en 2010, renouvelées en 2020 (HAS, 2010 et 2020), la proportion des femmes n'ayant pas eu de dépistage du cancer du col de l'utérus au cours des 3 dernières années est en augmentation dans l'enquête, 35,8% en 2021 versus 19,7% en 2016 (Tableau 18). En l'absence d'examen récent, la grossesse est pourtant l'occasion de réaliser ce dépistage. Cependant, on ne peut exclure une mauvaise compréhension de la question, rendu plus complexe par la notion d'auto-prélèvement ajoutée en 2021. Ce résultat pourra être mis en regard des données du SNDS après

appariement. De plus, il est aussi possible que le contexte sanitaire n'ait pas favorisé l'accès au dépistage pour les femmes dans les mois précédent la grossesse.

Seulement un quart des femmes sont immunisées contre la toxoplasmose (Tableau 18). Le taux de séroconversion pour la toxoplasmose en cours de grossesse est stable (0,2%).

Près de 98% des femmes ont bénéficié d'un dépistage de la syphilis durant la grossesse.

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 12ème semaine d'aménorrhée. La proportion de femmes ayant pris de l'acide folique au cours de la grossesse est, certes, en augmentation, passant de 55,7% en 2016 à 78,6% en 2021 (Tableau 19), cependant moins d'un tiers des femmes commence l'acide folique avant la grossesse, comme recommandé.

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 (14,8%) (Tableau 19).

La séroconversion pour le cytomégalovirus (CMV) en cours de grossesse est source de retard de croissance fœtale, de fœtopathie, de troubles neurodéveloppementaux et de l'audition. Le dépistage du CMV par une sérologie n'est pas recommandé, ni en prévision d'une grossesse, ni pendant la grossesse (HCSP, 2018) car aucun traitement n'a démontré son efficacité en prénatal en cas d'infection avérée. En revanche, la prévention repose sur les mesures d'hygiène qui doivent être expliquées à toutes les femmes enceintes ou ayant un projet de grossesse (HCSP, 2018; CNGOF, 2019). Il s'agit d'une recommandation fondamentale. En 2021, seules 16,0% des femmes ont déclaré avoir reçu des conseils pour limiter la transmission du CMV (Tableau 19).

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 femmes enceintes, 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. La vaccination protège également les nouveau-nés pendant les six mois suivant leur naissance. En 2021, la vaccination contre la grippe a été proposée à 58,9% des femmes

(Tableau 20). Plus de 30% des femmes ont été vaccinées en 2021, contre seulement 7,4% en 2016. Ce chiffre était alors faible comparativement au taux de vaccination dans d'autres pays (Ding et al., 2017; Maertens et al., 2018). Ce taux faible, observé en 2016, s'expliquait par un taux important de refus de vaccination (Descamps et al., 2020).

Le taux de vaccination antigrippale lors de l'ENP 2021 est à mettre en rapport avec le contexte de la pandémie de la COVID-19 : la vaccination contre le coronavirus n'était pas encore disponible pour la majorité des femmes ayant accouché en mars 2021. Il est probable que l'incitation à la vaccination antigrippale ait été plus forte auprès des femmes enceintes de même que dans la population générale. L'évolution de la vaccination contre la grippe en dehors du contexte pandémique devra être étudiée dans le futur pour évaluer si cette tendance favorable se poursuit. Parmi les prescripteurs, on note une forte augmentation des sages-femmes qui sont également plus fréquemment le responsable principal du suivi de la grossesse lors des six premiers mois. En 2021, lorsque les femmes n'étaient pas vaccinées, le principal motif de non-vaccination antigrippale était l'absence de proposition (41,4%) puis la peur d'effets défavorables pour le bébé (23,9%) ou encore la méfiance vis-à-vis des vaccins (21,9%).

La littératie en santé est reconnue comme étant un élément déterminant de la santé publique. On entend par ce terme la motivation et les compétences des individus à accéder, comprendre, évaluer et utiliser l'information en vue de prendre des décisions concernant leur santé. En 2021, des questions évaluant la littératie en santé des femmes durant la grossesse ont été posées pour la 1ère fois dans le cadre de l'enquête. L'ENP a reçu l'autorisation de l'université australienne Swinburne University of Technology pour l'exploitation du module 6 (Capacité à s'engager avec les professionnels de santé) du questionnaire HLQ (Health Litteracy Questionnaire), validé en français (Osborne et al., 2013; Debussche et al., 2018). Cinq questions étaient posées aux femmes et chaque item côté de 1 à 5. Un score inférieur à 3,5 traduit un faible niveau de littératie. Les résultats sont rapportés dans le tableau 21 ; la moyenne des 5 items est de 4,5 avec seulement 5,6% des femmes de l'enquête présentant un score inférieur à 3,5. Ces résultats, qui nécessitent d'être davantage approfondis, semblent montrer que, globalement, les femmes accouchant en France métropolitaine, déclarent avoir de bonnes discussions avec les professionnels de santé au cours de leur grossesse, leur permettant d'obtenir les réponses à leurs questions et les informations nécessaires au suivi de leur grossesse.

II-1-4 Antécédents, pathologies et complications de la grossesse

La proportion de femmes ayant une mutilation sexuelle est de 0,9%. Cette information recueillie pour la 1ère fois dans l'enquête de 2021 est issue des données du dossier médical. Il est possible que ce taux soit biaisé par une sous-déclaration par les professionnels de santé, due à une faible traçabilité de cet antécédent dans les dossiers médicaux. Cependant, les données en population concernant les mutilations sexuelles féminines sont rares. Les estimations les plus récentes datent de 2019 (Lesclingand et al., 2019) et montrent qu'environ 0,5% de la population féminine française serait impactée par une mutilation sexuelle soit environ 125 000 femmes. Ainsi, les données issues de l'ENP sont intéressantes à considérer pour estimer la prévalence chez les femmes enceintes.

Moins de 1% des femmes avaient un diabète préexistant à la grossesse, insulino ou non-insulino dépendant, et 2,6% un antécédent de diabète gestationnel (contre 1,8% en 2016) (Tableau 22). Par ailleurs, 23,2% des femmes ont signalé un antécédent personnel ou familial de diabète au premier degré (diabète gestationnel ou insulino ou non-insulino dépendant), chiffre stable par rapport à 2016 (23,7%). Moins de 1% des femmes avaient une hypertension artérielle (HTA) chronique avant la grossesse et 1,2% un antécédent d'HTA lors d'une grossesse antérieure.

La part des femmes qui avaient eu au moins une interruption volontaire de grossesse (IVG) est stable entre les deux éditions : 16,4% en 2016 et 15,2% en 2021 (Tableau 22).

Le nombre d'accouchements antérieurs (parité) est resté stable entre les deux enquêtes, malgré l'augmentation de l'âge des mères au moment de la naissance. En 2021, 41,3% des femmes accouchaient pour la première fois et 35,1% pour la deuxième fois (Tableau 23).

La part des femmes ayant antécédent obstétrical sévère tel qu'un enfant mort-né, un décès néonatal, un accouchement prématuré ou la naissance d'un nouveau-né hypotrophe est de 13,1% (Tableau 23). La part des multipares ayant un antécédent de césarienne est de 20,7% (versus 19,8% en 2016).

Le taux d'hospitalisation prénatale global et sa durée n'ont pas été recueillis en 2021, puisqu'il s'agit de données disponibles dans le SNDS qui pourront être exploitées secondairement. La fréquence des transferts in utero est stable, à 1,9% en 2021 (Tableau 23). 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.

La corticothérapie anténatale à visée maturative pulmonaire fœtale est en diminution puisqu'elle a été administrée à 4,8% des femmes en 2021 (versus 5,9% en 2016) (Tableau 24). Celle-ci est recommandée uniquement avant 34 SA (CNGOF, 2016). L'âge gestationnel au moment de la 1ère cure est davantage conforme à ces recommandations avec moins de femmes recevant ce traitement au-delà de 34 SA en 2021 (5,6% contre 12,1% en 2016). Les hospitalisations pour menace d'accouchement prématuré sont stables (4,8% versus 5,4% en 2016), tout comme les durées d'hospitalisation.

Une HTA a été diagnostiquée pendant la grossesse chez 4,3% des femmes (HTA avec protéinurie pour 2,3% des femmes). Ce taux est stable depuis 2016 (Tableau 24). Le diagnostic d'HTA est principalement posé au 3ème trimestre de la grossesse (38,1% des femmes sont diagnostiquées entre 32 et 36 SA et 41,8% à 37 SA ou après), et a conduit à une hospitalisation dans 65,0% des cas.

La fréquence du diabète gestationnel continue à augmenter. En effet, 16,4% des femmes ont reçu ce diagnostic en 2021 contre 10,8% des femmes en 2016 (Tableau 25). L'augmentation concerne à la fois les diabètes gestationnels sous régime et ceux sous insuline. Comme en 2016, 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 préconisent un dépistage ciblé en deux temps en présence de facteurs de risque maternels (glycémie à jeun au 1er trimestre et hyperglycémie provoquée orale (HGPO) à 75 g entre 24 et 28 SA). 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 (HAPO Study Cooperative Research Group et al., 2008; Cundy et al., 2014; McIntyre et al., 2014).

La part des femmes présentant un placenta prævia (associé ou non à des métrorragies) est stable (1,5% en 2021 versus 1,1% en 2016). Parmi les femmes présentant un placenta prævia, 26,1% ont été hospitalisées pour des métrorragies après 22 SA en 2021.

Une anémie définie par un taux d'hémoglobine inférieur à 11g/dL a été diagnostiquée chez 25,2% des femmes durant la grossesse (Tableau 25). Il s'agit d'une 1ère estimation en population générale. Cette pathologie pourrait favoriser certaines complications obstétricales, en particulier la survenue d'une dépression du post-partum (Guignard et al., 2021) ; 2,8% des femmes ont reçu une injection intraveineuse de fer en cours de grossesse.

Parmi les femmes incluses dans l'enquête de 2021, 678 femmes soit 5,7% ont été infectées par le coronavirus durant leur grossesse, dont 40,9% au cours du 2ème trimestre et 49,3% au cours du 3ème trimestre de grossesse.

Une anomalie de poids fœtal a été suspectée pendant la grossesse : pour 5,2% des nouveau-nés il s'agissait d'un retard de croissance intra-utérin (RCIU) ou d'un petit poids pour l'âge gestationnel, chiffre stable comparativement à 2016 (5,3%) et pour 8,7% des enfants cela concernait une macrosomie, en augmentation par rapport à 2016 (5,0%).

II-1-5 Travail et accouchement

Les caractéristiques du lieu d'accouchement ont moins changé entre 2016 et 2021, qu'entre les précédentes éditions des ENP, où une concentration des naissances dans les maternités spécialisées de type II et III,

publiques, et de grandes tailles, était observée (Blondel et al., 2005; Blondel et al., 2012). Entre 2016 et 2021, la proportion des accouchements dans les maternités privées a tendance à diminuer, passant de 23,5% à 21,5% (Tableau 26). Les accouchements sont également moins nombreux dans les maternités de type I, passant de 22,6% à 20,1%. Par ailleurs, la part des naissances dans des maternités réalisant plus de 3500 accouchements par an est stable, en regard avec la stabilité du nombre de ces structures. Ceci correspond à l'évolution de la structure des établissements décrite dans la partie IV de ce rapport.

Le temps parcouru par les femmes pour aller accoucher n'a que très peu changé depuis 2016. En 2021, 7,8% des femmes ont déclaré avoir mis 45 minutes ou plus pour se rendre à la maternité (versus 7,2% en 2016) (Tableau 26). Entre 1998 et 2003, l'analyse des données des précédentes enquêtes avait permis de constater que la diminution du nombre de maternités n'avait pas beaucoup affecté les distances parcourues pour aller accoucher, mais que cela avait limité leurs possibilités de choix de maternités à proximité de leur lieu de résidence (Combier et al., 2004; Pilkington et al., 2008; Pilkington et al., 2012).

Bien que la part des femmes ayant rédigé un projet de naissance ait triplé entre 2016 et 2021, elles restent encore peu nombreuses à faire cette démarche, 10,2% en 2021 versus 3,7% en 2016 (Tableau 27). Parmi les femmes ayant exprimé des demandes écrites ou orales, 92,5% ont pu les exprimer auprès de l'équipe ; il s'agissait le plus fréquemment de pouvoir faire du peau-à-peau avec leur bébé (67,3% des femmes exprimant des demandes), de pouvoir marcher/changer de position (60,1% des femmes exprimant des demandes) ou encore de limiter les actes médicaux (52,2% des femmes exprimant des demandes). La part des femmes

déclarant « ne pas avoir de demandes particulières » pour l'accouchement est élevée (70,1%), sans que l'on puisse savoir si ce résultat traduit une confiance envers l'équipe soignante ou au contraire le fait que les femmes n'osent pas exprimer des demandes, voire qu'elles ne connaissent pas cette possibilité (Tableau 27).

Entre 2010 et 2016, la part des femmes ayant eu un déclenchement du travail était restée stable à 22,0%. En revanche, entre 2016 et 2021, cette pratique a de nouveau augmenté, passant à 25,8% (Tableau 28). Le déclenchement du travail concerne donc actuellement une femme sur quatre. Ces dernières années, plusieurs essais ont évalué le déclenchement du travail dans des contextes différents (primipares à bas risque, hypertension artérielle, retard de croissance in utero, suspicion de macrosomie) et n'ont pas retrouvé d'augmentation du taux de césarienne dans les groupes de femmes déclenchées (Grobman et al., 2018; Boulvain et al., 2015; Boers et al., 2010; Koopmans et al., 2009). Bien que les résultats de ces essais, réalisés avec des pratiques obstétricales parfois différentes des pratiques françaises, doivent être interprétés avec prudence dans le contexte français, ceux-ci ont certainement encouragé les obstétriciens à recourir plus fréquemment au déclenchement. En cas de déclenchement, une maturation du col est employée dans 69,2% des cas (versus 61,9% en 2016). Depuis la réalisation de l'étude MEDIP (MEthodes de Déclenchement du travail et Issue Périnatale) en 2015, les méthodes de maturation ont largement évolué (Blanc-Petitjean et al., 2018), entre autres du fait de l'autorisation de mise sur le marché en France en 2018 du misoprostol per os dans le cadre de la maturation cervicale. En 2021, les méthodes de maturation utilisées en 1ère intention sont par ordre de fréquence, le dispositif intravaginal de prostaglandines (48,7%), le ballonnet (23,9%), le misoprostol (17,2%) et les gels de prostaglandines (9,7%). Les principaux motifs de déclenchement sont le post-terme ou la prévention du post-terme (23,5%), la rupture prématurée des membranes avant travail (20,4%), les autres anomalies de la vitalité fœtale (10,5%), le diabète gestationnel ou préexistant (9,5%), la suspicion de macrosomie (8,5%) ou encore les pathologies maternelles hypertensives (8,0%) (Tableau 29).

La fréquence des césariennes réalisées avant travail (programmées ou non) a augmenté, passant de 9,3% en 2016 à 10,4% en 2021 (Tableau 28). Les principaux motifs de césarienne avant travail sont l'utérus cicatriciel (39,8%), les anomalies de présentation fœtale (17,4%), y compris les fœtus en présentation du siège, les anomalies de la vitalité fœtale (8,1%) et les autres pathologies maternelles (8,1%) (Tableau 29).
Les taux d'interventions médicales réalisées pour diminuer la durée travail, telles que la rupture artificielle des membranes et l'administration d'oxytocine avaient déjà largement diminué entre 2010 et 2016, sans que l'on observe en parallèle d'augmentation du taux de césarienne (Girault et al., 2020). Ces décroissances se poursuivent. Chez les femmes en travail spontané ou ayant eu un déclenchement du travail, l'utilisation de l'oxytocine passe de 52,5% en 2016 à 41,3% en 2021 ; chez les femmes en travail spontané, ces taux sont passés de 44,4% en 2016 à 30,0% en 2021 (Tableau 28). De même, parmi les femmes en travail spontané, la

rupture artificielle des membranes passe de 41,4% en 2016 à 33,2% en 2021. Ces tendances de diminution des interventions médicales durant le travail vont dans le sens des recommandations (Dupont et al., 2017; HAS, 2018).

Le taux global de césarienne est de 21,4% en 2021 versus 20,3% en 2016, relativement stable depuis 2003 (Blondel et al., 2017) (Tableau 30). La classification de Robson (Robson et al., 2015) est recommandée par l'OMS (OMS, 2014), et utilisée dans de nombreux pays (Zeitlin et al., 2021), pour analyser l'évolution des taux de césarienne. Cette classification, proposée par Robson en 2001, permet de classer les femmes en 10 catégories selon leurs caractéristiques et celles de la grossesse. Elle présente plusieurs avantages ; les données nécessaires sont relativement simples et recueillies en routine dans de nombreux pays et dans les maternités. Il s'agit de données objectives, non soumises à d'éventuels biais d'interprétation et les catégories sont mutuellement exclusives. Cette classification avait déjà été utilisée pour l'analyse des taux de césarienne en France dans les ENP précédentes, et la comparaison aux autres pays européens (Le Ray et al., 2020; Le Ray et al., 2015; Le Ray et al., 2015). Pour le moment, l'ENP est la seule source permettant d'analyser le taux de césarienne selon l'ensemble des catégories définies par la classification de Robson au niveau national. Comme en 2016, on constate en 2021 que la contribution la plus importante au taux de césarienne est le groupe 5, c'est-à-dire les femmes ayant un antécédent de césarienne et un fœtus singleton en présentation céphalique à terme. Sa contribution au taux global de césarienne est passée de 5,4% à 6,0% entre 2016 et 2021 (Tableau 33). Le second contributeur est le groupe 2, c'est-à-dire les primipares, avec un fœtus singleton, à terme en présentation céphalique, ayant un déclenchement du travail ou une césarienne avant travail, stable depuis 2016.

La part des naissances par voie basse instrumentale est similaire à celle rapportée en 2016 (12,4% des naissances en 2021) (Tableau 30). La ventouse représente en 2021, comme depuis 2010, le principal instrument utilisé par les obstétriciens en cas de réalisation d'une extraction instrumentale avec une forte augmentation, passant de 49,8% des naissances par voie basse instrumentale en 2016 à 60,2% en 2021.

En 2021, comme en 2016, plus de la moitié des naissances en maternité sont réalisées par une sage-femme (Tableau 30) ; rapportées aux voies basses spontanées uniquement, elles réalisent 88,6% des accouchements, taux stable par rapport à 2016 (87,5%) (Tableau 32).

La part des femmes recevant une antibiothérapie au cours du travail est de 28,9% (Tableau 31), il s'agit d'une première estimation. Cependant, les données de l'enquête ne permettent pas de définir l'indication de ce traitement, préventif ou curatif et le statut de portage du Streptocoque B n'est pas connu.

L'administration préventive d'oxytocine (APO) à l'accouchement a démontré son efficacité pour diminuer le risque d'hémorragie du post-partum (HPP) et est recommandé pour tous les accouchements, y compris physiologiques (HAS, 2018). En revanche, l'administration d'oxytocine en entretien dans les heures suivant l'accouchement n'est pas recommandée de façon systématique en dehors de facteurs de risque d'HPP ou à visée curative. En 2021, globalement, plus de 90% des femmes ont reçu de l'oxytocine après l'accouchement. L'APO administrée en bolus ou intraveineuse lente a augmenté, passant de 41,9% en 2016 à 60,5% en 2021 (Tableau 31). Ces résultats montrent que les recommandations pour la pratique clinique se sont globalement bien diffusées (CNGOF, 2014). Le taux d'HPP, définie par des pertes sanguines supérieures à 500 ml dans les heures suivant l'accouchement, est de 11,6% (à noter que cet indicateur n'était pas recueilli en 2016). Les HPP sévères concernent 3,0% des accouchements en 2021, en augmentation par rapport à 2016 (1,8%). Des analyses plus précises devront être réalisées pour comprendre les situations ayant mené à cette augmentation des HPP sévères entre les deux enquêtes.

Bien que les recommandations soient de laisser à la femme le choix de sa position d'accouchement (HAS, 2018), celle-ci a peu évolué depuis 2016 et reste majoritairement la position sur le dos que ce soit au début des efforts expulsifs (87,2%) ou au moment de l'expulsion (93,9%) (Tableau 32).

Le taux d'épisiotomie, déjà en phase décroissante depuis plusieurs décennies, a fortement diminué, passant de 20,1% en 2016 à 8,3% en 2021 (Tableau 32). Cette diminution concerne aussi bien les primipares (34,9% en 2016 versus 16,5% en 2021) que les multipares (9,8% en 2016 versus 2,9% en 2021), et aussi bien les voies basses spontanées (13,6% en 2016 versus 4,6% en 2021) qu'instrumentales (55,6% en 2016 versus 28,2% en 2021). 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 à la volonté des professionnels de répondre aux demandes des femmes (CNGOF, 2018; HAS, 2018). Cependant, parallèlement on observe une augmentation des déchirures périnéales, en particulier du 1er et du 2ème degré (58,8% en 2021 versus 51,3% en 2016). La relation entre la réalisation d'une épisiotomie et la prévention des lésions périnéales sévères (3ème et 4ème degré) est encore débattue, en particulier en cas d'extraction instrumentale (Blondel et al., 2016). Cette analyse, utilisant les données de l'ENP 2010 et comparant les taux d'épisiotomie et de lésions périnéales sévères dans différents pays d'Europe, montrait une corrélation négative entre épisiotomie et lésions périnéales sévères.

Le taux d'analgésie péridurale chez les femmes ayant eu une tentative de voie basse est toujours très élevé en France et en légère augmentation (Euro-Peristat, 2016). En 2021, 82,7% des femmes ont eu une analgésie péridurale (versus 81,4% en 2016). Les taux de rachianesthésie et de péri-rachianesthésie combinée restent

faibles avec cependant une augmentation des rachianesthésies (1,2% en 2021 versus 0,4% en 2016) (Tableau 34). Ce taux élevé d'analgésie neuro-axiale durant le travail est en accord avec la volonté des femmes qui accouchent en France, puisque, lorsqu'on les interroge sur leur souhait d'avoir accès à une péridurale durant le travail avant l'accouchement, elles étaient 65,6% à souhaiter « absolument » une péridurale et 17,9% à en souhaiter « peut-être » une. On note cependant une légère augmentation entre 2016 et 2021 de la part des femmes ne souhaitant a priori pas d'analgésie péridurale (16,5% en 2021 versus 14,6% en 2016) (Tableau 35).

Le taux d'auto-administration de l'analgésie par pompe type PCEA (patient controlled epidural analgesia) est également en augmentation (74,2% en 2021 versus 53,8% en 2016) (Tableau 34). L'augmentation du recours à la PCEA en cas d'analgésie péridurale (y compris péri-rachianesthésie combinée) présente de nombreux avantages : la PCEA réduit la consommation d'anesthésiques locaux et donc la survenue de bloc moteur, et le nombre de bolus complémentaires administrés en raison d'une analgésie insuffisante, entraîne une diminution du nombre d'interventions humaines (Van der Vyver et al., 2002). De plus, à partir des données de l'enquête réalisée en 2016, nous avons pu montrer que la PCEA permettait d'améliorer la satisfaction des femmes concernant l'analgésie délivrée durant le travail et l'accouchement (Merrer et al., 2021).

Cependant, on constate que l'efficacité de la péridurale pour soulager la douleur du travail et de l'accouchement est imparfaite ; 19,6% des femmes considèrent que la péridurale était « peu ou partiellement efficace » et 3,6% « totalement inefficace » (Tableau 35).

La part des femmes ayant eu recours à une méthode médicamenteuse (par perfusion, injection, comprimés ou gaz) pour gérer la douleur est de 28,9% en 2021, taux stable par rapport à 2016 (28,5%). En revanche, le recours à des méthodes non médicamenteuses, seules ou en association avec une analgésie (médicaments, péridurale, rachianesthésie, péri-rachianesthésie combinée) continue à augmenter, passant de 14,3% en 2010 à 35,5% en 2016 et à 49,2% en 2021 (Tableau 35). Les méthodes utilisées sont principalement la mobilité puis le bain ou la douche et les massages. Les autres méthodes (hypnose, sophrologie, acupuncture…) sont moins utilisées. Il est très probable que cette évolution soit 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 la péridurale), mais également le reflet de la demande plus importante des femmes de pouvoir utiliser des méthodes non médicamenteuses. Pour les femmes qui le souhaitent, la combinaison d'une péridurale associée à des méthodes non médicamenteuses correspond à une meilleure satisfaction des femmes et devrait être le gold standard (Merrer et al., 2020). L'ensemble des méthodes utilisées permet d'obtenir une bonne satisfaction des femmes puisqu'elles sont plus de 90% à être « satisfaites » voire « très satisfaites » des méthodes utilisées pour soulager la douleur (Tableau 35).

Dans l'ENP 2021, un point d'attention particulier a été mis sur la douleur ressentie par les femmes au moment de l'accouchement. Lors de l'entretien, il était demandé aux femmes de coter leur douleur à l'aide d'une échelle numérique (entre 0, pas de douleur jusqu'à 10, douleur maximale). Classiquement, une douleur cotée entre 4 et 6 correspond à une douleur forte et une douleur cotée entre 7 et 10 correspond à une douleur insupportable. Malgré le taux important d'analgésie neuro-axiale, la douleur ressentie par les femmes au moment de la naissance de leur enfant, aussi bien par voie basse spontanée que par voie basse instrumentale, est très élevée (29,7% en cas de voie basse spontanée et 37,8% en cas de voie basse instrumentale) (Tableau 36). Au moment de la suture d'une épisiotomie ou d'une déchirure, les femmes déclarent ressentir une douleur forte dans 13,9% des cas et une douleur insupportable dans 8,9% des cas. De même, en cas de césarienne, les niveaux de douleur ressentie par les femmes sont élevés avec 8,6% des femmes ayant ressenti une douleur forte et 10,4% une douleur insupportable au début de la césarienne. Ces taux sont de 8,6% et 7,7% juste après la sortie du bébé. Les 9,7% de femmes ayant présenté une douleur en cours de césarienne considèrent que celle-ci n'a pas été prise en compte par l'équipe au bloc opératoire (Tableau 37). Les recommandations de bonnes pratiques ont récemment été émises par les sociétés savantes, en lien avec les associations d'usagères et doivent être diffusés plus largement (CARO, 2021).

Les recommandations françaises et européennes autorisent l'ingestion de boissons durant le travail, contrairement aux aliments solides (Singata et al., 2013; HAS, 2018). En 2021, la part des femmes ayant bu en salle d'accouchement est de 53,7%, celles ayant ingéré des aliments solides de 6,7%, et les femmes sont 39,6% à n'avoir ni bu ni mangé durant le travail (Tableau 34).

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 38). Comme en 2016, 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 1 500 g. Le mode de début de travail en fonction de l'âge gestationnel a évolué entre les deux enquêtes. Entre 2016 et 2021, on note une augmentation des taux de déclenchements pour toutes les semaines d'âge gestationnel à partir de 37 SA. De même, les taux de césarienne avant travail sont plus élevés, pour toutes les semaines d'âge gestationnel jusqu'à 39 SA entre 2016 et 2021.

Comme en 2016, 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 38). La fréquence des extractions instrumentales augmente de manière continue avec l'âge gestationnel. A partir de 2 500 g, les taux d'extraction instrumentale sont supérieurs à 10%, comparables à 2016.

II-1-6 État de santé des nouveau-nés

La distribution détaillée de l'âge gestationnel et du poids de naissance de l'ensemble des naissances vivantes n'a pas évolué entre 2016 et 2021 (Tableau 39). Le poids de naissance moyen en 2021 est 3 264g globalement stable par rapport 2016 (3 251g). On ne retrouve pas de différence en terme d'âge gestationnel à la naissance entre 2021 et 2016. Le taux de prématurité (âge gestationnel à la naissance inférieur à 37 SA) est stable à 7,0% ainsi que la proportion d'enfant pesant moins de 2500 grammes (7,1%). Ces proportions varient fortement suivant la population sur laquelle elle sont calculées (grossesses uniques ou gémellaires) (Tableau 40). Parmi les naissances vivantes, entre 2016 et 2021, le taux de prématurité passe de 5,8% à 5,5% pour les naissances uniques et de 46,4% à 52,6% pour les jumeaux. Les données issues de l'ENP sont en corrélation avec celles issues du PMSI pour l'année 2021, base de référence annuelle pour ce type d'évènements (DREES, 2022).

La fréquence des enfants de petit poids pour l'âge gestationnel (<10ème percentile) est stable également, passant de 11,6% en 2016 à 11,0% en 2021 pour l'ensemble de la population, de 10,8% à 10,1% pour les naissances uniques et de 34,6% à 35,5% pour les jumeaux (Ego et al., 2016) (Tableau 40). Les caractéristiques morphologiques des nouveau-nés n'ont pas changé entre les deux enquêtes (Tableau 41).

Le score d'Apgar calculé à cinq minutes de vie est stable entre 2016 et 2021 (Tableau 41). La fréquence des acidoses fœtales, définies par un pH au cordon inférieur à 7,15 à l'accouchement, concerne 9,9% des nouveau-nés, et les acidoses sévères (pH < 7,00), 0,7% des nouveau-nés (Tableau 42). La fréquence des acidoses sévères est comparable aux données de la littérature (Berglund et al., 2010; Maisonneuve et al., 2011; Garabedian et al., 2019 ; Azik et al., 2020). Parmi les gestes de réanimation à la naissance, les professionnels ont un recours plus fréquent au Néopuff (et moins souvent au ballon), ce qui témoigne d'un meilleur suivi des recommandations (Tableaux 42 et 44). Néanmoins, l'augmentation des gestes de réanimation (Néopuff et Continuous positive airway pressure (CPAP)) et en particulier chez des enfants à terme nécessite des analyses complémentaires. La large diffusion du Néopuff dans les salles de naissance pourrait en partie expliquer des indications de traitement plus larges. Cependant, au-delà de ces manœuvres de réanimations plus fréquentes à la naissance, il faut noter une stabilité dans la fréquence des hospitalisations (y compris pour les enfants à terme) quel que soit le service concerné.

La suspicion d'infection néonatale bactérienne précoce 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). Conformément aux recommandations

de 2017 (SFN et SFP, 2017), les prélèvements bactériologiques réalisés à la naissance pour les nouveau-nés ont significativement diminué, puisqu'ils ont été divisés par quatre depuis 2016 (10,3% versus 42,8%) (Tableau 42). Cette diminution n'est a priori pas attribuable à la différence d'intitulé des questions entre les deux enquêtes. En 2016, l'examen bactériologique comprenait du liquide gastrique, et deux prélèvements périphériques (oreilles et anus), alors qu'en 2021 il comprend uniquement le liquide gastrique). Les prélèvements périphériques (anus / oreille) en pratique courante sont réalisés en même temps que le liquide gastrique (Madar et al., 2021).

Pour la naissance de leur enfant, 88,7% des femmes étaient accompagnées par une personne de leur entourage, principalement par leur partenaire (84,9%). Près de 7% étaient seules lors d'un accouchement par voie basse, 20,0% lors d'une césarienne programmée et 34,6% lorsque la césarienne était réalisée en urgence (Tableau 45).

Parmi les mères dont l'enfant n'a pas été transféré, 88,9% ont pu avoir un contact peau à peau avec leur enfant après l'accouchement que ce soit en salle de naissance, au bloc opératoire ou en salle de réveil ; cela concernait 96,5% des femmes ayant accouché par voie basse et 56,6% des femmes ayant accouché par césarienne (Tableau 45). La durée du peau-à-peau n'était pas définie dans l'enquête.

II-1-7 Séjour en maternité de la mère et du nouveau-né en post-partum

Deux tiers des femmes ont déclaré avoir choisi le mode d'alimentation de leur enfant avant la grossesse et un tiers pendant la grossesse. Le mode d'alimentation choisi était préférentiellement l'allaitement maternel (64,8%) puis le lait 1er âge du commerce (26,7%) et enfin l'allaitement mixte (8,5%). Les femmes qui avaient choisi l'allaitement maternel envisageaient le plus souvent d'allaiter le plus longtemps possible ou entre 1 et 6 mois (Tableau 46).

La part des enfants mis au sein dans les deux premières heures de leur vie est en légère augmentation, passant de 65,7% en 2016 à 69,4% en 2021 (Tableau 46).

Le taux d'allaitement maternel au moment de l'entretien n'a que peu augmenté depuis la précédente enquête ; 56,3% des femmes allaitaient exclusivement leur enfant à la maternité en 2021 contre 54,6% en 2016 et elles étaient 13,4% à réaliser un allaitement mixte contre 12,5% en 2016 (Tableau 46). Le taux d'allaitement maternel exclusif reste faible en comparaison des autres pays européens (Euro-Peristat, 2016).

Il est cependant à mettre en regard avec le pourcentage des femmes ayant exprimé le choix de l'allaitement maternel exclusif ou mixte avant la naissance.

En 2021, près de 44% des femmes au moment de l'entretien pour l'enquête n'avaient pas reçu de conseils sur le couchage du nouveau-né, 16,4% les ont reçus durant la grossesse, 18,2% depuis l'accouchement et 18,0% lors de ces deux périodes (Tableau 46). La formulation différente de la question entre les deux enquêtes rend difficile la comparaison des résultats (en 2016, il était demandé aux femmes si des conseils avaient été donnés « depuis l'accouchement »). En pratique, des conseils concernant le couchage peuvent également être donnés à la maternité, au moment de la sortie de la femme, ce qui pourrait entraîner une sous-estimation de l'information réellement donnée aux femmes.

La durée du séjour en maternité après l'accouchement continue de diminuer, aussi bien chez les femmes ayant accouché par voie basse que chez les femmes ayant accouché par césarienne. En moyenne, la durée de séjour est de 3,7 jours en 2021 (versus 4,0 jours en 2016) (Tableau 47). Le plus fréquemment, lorsque les enfants ne sont pas transférés, les femmes restent hospitalisées 3 jours après un accouchement par voie basse (53,5% en 2021) et 4 jours après une césarienne (50,6% en 2021). En cas d'accouchement par voie basse spontanée, on observe davantage de séjour de durée très courte (2 jours ou moins), passant de 5,0% en 2016 à 15,2% en 2021. En cas d'accouchement par césarienne, les sorties précoces (3 jours ou moins) sont en augmentation, passant de 5,8% en 2016 à 17,7% en 2021. En revanche les séjours longs (égaux ou supérieurs à 6 jours) sont en diminution, passant de 16,8% en 2016 à 7,7% en 2021. L'enquête ayant eu lieu en mars 2021, c'est-à-dire au moment de la 3ème vague d'infection à coronavirus en France, il est probable que le contexte sanitaire ait favorisé le recours aux sorties précoces.

II-2 Populations particulières

II-2-1 Les naissances gémellaires

Les naissances gémellaires représentent un groupe à haut risque qu'il convient d'étudier, en raison, notamment, des taux élevés 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 (Prunet et al., 2015).

Les tableaux 48 à 50 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. Ces caractéristiques sont comparées à celles observées chez les grossesses uniques (« singleton»).

Les mères de jumeaux sont plus âgées : 34,7% d'entre elles avaient 35 ans ou plus au moment de la naissance de leurs enfants, contre 24,4% des mères de singleton (Tableau 48). Leur parité et leur état psychologique durant la grossesse ne sont pas différents de ceux des mères de singleton. Près de 10% des femmes n'ont pas eu de consultation avec l'équipe de la maternité dans laquelle elles ont accouché, probablement dû au fait qu'elles accouchent plus souvent prématurément, ce qui peut les amener à être plus souvent transférées dans un autre établissement de type plus élevé (Tableau 48). Elles sont hospitalisées pour menace d'accouchement prématuré dans 33,8% des cas et reçoivent des corticoïdes à visée de maturation pulmonaire en anténatal dans 40,3% des cas (Tableau 48).

Les mères de jumeaux accouchent plus souvent que les mères de singleton dans un centre hospitalier universitaire (CHU) ou régional (CHR) (41,1% versus 20,3%) et/ou une maternité de type III (48,8% contre 26,4%) (Tableau 49). La part des accouchements gémellaires dans les maternités de type I est faible (8,1%).

Le mode de début de travail est différent entre les grossesses gémellaires et les grossesses uniques ; 34,4% sont déclenchées (versus 25,7% pour les grossesses uniques) et 36,9% ont une césarienne avant travail (versus 9,9%) (Tableau 49). Les jumeaux naissent plus souvent par césarienne (58,2% versus 20,1% pour les singletons).

Les jumeaux présentent un risque dix fois plus élevé de prématurité et de petits poids à la naissance (52,6% de prématurité versus 5,4% pour les singletons) (Tableau 50). Cet excès de risque est observé aussi bien pour la prématurité modérée que pour la grande prématurité : 8,0% des jumeaux (nés vivants) naissent avant 32 SA contre 0,9% des enfants uniques. Les pourcentages de poids de naissance inférieurs à 2 500 g sont respectivement de 58,6% et de 5,3%.

Ces différences conduisent à une fréquence des transferts néonataux plus importante chez les jumeaux. Au total, 60,8% 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 9,2% des singletons (Tableau 50).

II-2-2 Comparaisons régionales

Des indicateurs clés décrivant les caractéristiques des femmes, les pratiques médicales et l'issue de la grossesse sont présentés par région du tableau 51 au tableau 64. Une extension de l'ENP 2021 a été réalisée dans les DROM, excepté en Guyane, par Santé publique France et les ARS concernées. Les résultats de ces extensions sont présentés dans des rapports spécifiques pour chaque DROM, et analysés séparément.

Pour les DROM, les tableaux présentés dans cette section incluent uniquement les femmes de la semaine nationale de l'ENP 2021 (du 15 au 21 mars 2021). Du fait des faibles effectifs, l'ensemble des DROM sont regroupés dans ces tableaux et ne sont pas commentés ci-dessous.

Les fréquences sont présentées avec leur intervalle de confiance à 95%. Le nombre d'accouchements en Corse étant très faible (n=48), les intervalles de confiance sont larges, limitant l'interprétation des données pour cette région. Les données avec un effectif < 10 ne sont pas présentées.
Hauts-de-France (20,6% respectivement), comparativement à l'ensemble de la métropole. La part des femmes ayant un niveau d'études supérieur au baccalauréat est plus élevée en Île-de-France (67,3%), et plus faible en Normandie (48,1%), dans les Hauts-de-France (52,6%), en Bourgogne-Franche-Comté (53,0%), en Occitanie (53,2%), et dans la région Grand Est (53,7%) (Tableau 52). Cette hétérogénéité était déjà observée en 2016.

Une allocation chômage et/ou le RSA ont été plus souvent perçus par les ménages en Occitanie (30,2%), dans les Hauts-de-France (29,6%), et moins souvent par les ménages résidant en Île-de-France (17,5%) et en Auvergne-Rhône-Alpes (20,3%) (Tableau 53).

La proportion de femmes obèses (IMC ≥ 30) est plus élevée dans les Hauts-de-France (17,2%) (Tableau 54).

La consommation de tabac au troisième trimestre de la grossesse était plus fréquente dans les Hauts-de-France (17,2%), et en Occitanie (15,9%) (Tableau 55). L'Île-de-France (5,9%) affiche le taux le plus bas de consommation de tabac.

La consommation d'acide folique avant le début de la grossesse, en prévention des anomalies de fermeture du tube neural, est toujours relativement faible en France (28,3% des femmes en métropole). La mesure de prévention semble mieux suivie dans certaines régions ; Pays de la Loire (35,3%) et Bretagne (33,9%). Le taux le plus faible est retrouvé dans les Hauts-de-France où seules 22,6% des femmes avaient consommé de l'acide folique avant leur grossesse (Tableau 56).

Des variations régionales sont aussi observées pour le suivi d'une autre mesure de prévention : la vaccination contre la grippe saisonnière (30,4% des femmes en métropole) (Tableau 57). Les femmes étaient plus souvent vaccinées en Bretagne (40,6%), Pays de la Loire (39,7%), et Hauts-de France (35,1%). Les femmes de la région Provence-Alpes-Côte d'Azur (20,2%) et Occitanie (21,2%) étaient moins souvent vaccinées comparativement au taux de la métropole.

L'entretien prénatal précoce (EPP) est réalisé de façon hétérogène entre les régions. Suivi par 36,5% des femmes en métropole, il était plus souvent réalisé en Nouvelle Aquitaine (50,6%), en Normandie (48,1%), en Bretagne (44,8%) et en Bourgogne-Franche-Comté (42,8%) (Tableau 58). Les femmes accouchant en Île-de-France ont moins souvent bénéficié de l'EPP que dans le reste de la métropole (28,7%). Il est difficile de savoir quelle est l'influence de la pandémie de la COVID-19 sur le taux de réalisation d'EPP. Cependant, il faut noter que les deux régions (Île-de-France et Grand Est) ayant les taux d'EPP les plus bas ont été particulièrement touchées par la pandémie.

Les pratiques médicales telles que le déclenchement du travail et la césarienne varient assez peu entre les régions. Le taux le plus élevé de déclenchement du travail est observé en Île-de-France (29,1%) et le taux plus bas en Auvergne-Rhône-Alpes (20,7%) (Tableau 59). L'Île-de-France se démarque aussi par la proportion d'accouchements par césarienne plus élevée (23,5%). Cependant la région où les femmes accouchent le plus souvent par césarienne est la région Provence-Alpes-Côte d'Azur (27,9%) (Tableau 60).

Même si globalement le taux d'épisiotomie a très fortement diminué dans toutes les régions, avec un taux global pour la métropole de 8,3% en 2021, on note la persistance de variations régionales. Les régions avec les plus faibles taux d'épisiotomie sont la Bourgogne-Franche-Comté (4,0%), la Bretagne (4,3%) et le Grand Est (5,7%) (Tableau 61). L'Île-de-France se démarque de nouveau avec le plus haut taux d'épisiotomie (11,3%).

Les variations régionales du taux de prématurité sont superposables avec celles du faible poids de naissance chez les enfants nés vivants. Globalement les taux de prématurité sont comparables entre les différentes régions de la métropole (Tableau 62). De façon parallèle, la proportion des enfants de petit poids, définie par un poids de naissance inférieur à 2 500 g, varie peu entre les régions en métropole (Tableau 63).

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 significativement inférieure au taux national dans les Hauts-de-France (57,8%), en Normandie (58,4%), dans les Pays de la Loire (61,2%) et en Bretagne (62,7%) (Tableau 64). La région où le taux d'allaitement maternel est le plus élevé est la région Île-de-France (81,2%).

Partie III

RÉSULTATS SUR LE SUIVI À DEUX MOIS

III-1 Description des résultats du suivi à deux mois

III-1-1 Participation au suivi à 2 mois

Afin de mieux cerner les caractéristiques des répondantes au questionnaire de suivi à deux mois (Tableau 65) quatre groupes ont été constitués, parmi les femmes éligibles à ce suivi :

- remplissage complet du questionnaire (61,3%),
- remplissage partiel (6,2%),
- acceptation de suivi mais pas de participation (22,9%),
- refus de participation dès l'entretien (9,6%).

Les femmes ont majoritairement répondu par internet. Les questionnaires sont plus souvent complets lors de la passation par téléphone. Près de la moitié des questionnaires ont été remplis avant le 60ème jour de vie de l'enfant. Au final, 7 394 femmes ont répondu au questionnaire de suivi à deux mois parmi les 9 907 qui avaient accepté soit près de ¾ de répondantes.

Les femmes non-répondantes sont souvent plus jeunes (≤ 24 ans), de nationalité étrangère, d'un niveau d'études inférieur au baccalauréat, multipares et vivent moins souvent en couple.

Les résultats du suivi à 2 mois présentent l'effectif total par item à savoir le nombre « réel » de répondantes au suivi à 2 mois. Les pourcentages présentés sont pondérés afin de tenir compte de la population des non-répondantes. Ainsi, il n'est pas possible de calculer a posteriori l'effectif par modalité.

III-1-2 Le partenaire

Pour cette édition de l'ENP, les questions concernant les caractéristiques du partenaire ont été posées à 2 mois, ne permettant pas la comparaison avec les résultats de l'enquête précédente.

En 2021, 94,1% des femmes ont un partenaire, âgé en moyenne de presque 34 ans (Tableau 66). Dans 85,3% des cas, il est de nationalité française. A 2 mois, 89,0% des femmes déclarent que leur partenaire exerce un emploi au moment du remplissage du questionnaire. Les professions les plus souvent exercées par les partenaires sont ouvrier (32,6%) puis cadre/profession intellectuelle supérieure (21,7%) ou encore profession intermédiaire (19,8%). Plus de 60% des partenaires ont pris un congé (paternité, annuel ou parental) à l'issue de la naissance et plus de 12% prévoient de le prendre. A noter que l'ENP 2021 s'est déroulée au mois de mars donc avant la promulgation de la loi concernant l'allongement du congé paternité (JORF, 2021).

III-1-3 Expérience de la grossesse et de l'accouchement

La plupart des femmes ont considéré la grossesse comme une période agréable (32,9%) ou assez agréable à vivre (51,6%). Elles sont cependant 11,6% à avoir vécu cette période difficilement, et 3,9% très difficilement (Tableau 67). Les femmes sont très majoritairement très satisfaites (61,8%) ou plutôt satisfaites (34,6%) de la prise en charge médicale et du suivi de la grossesse. Seules 2,9% des femmes se déclarent plutôt insatisfaites et 0,7% très insatisfaites.

Lors de l'accouchement, les professionnels étaient très présents pour 68,0% des femmes, assez présents pour 26,8%, peu présents pour 4,5% et pas disponibles dans 0,7% d'entre elles (Tableau 67). De nouveau, les femmes sont, très largement, très satisfaites (76,1%) ou plutôt satisfaites (20,1%) de la prise en charge par les professionnels de la salle de naissance. Seules 2,5% des femmes se déclarent plutôt insatisfaites et 1,3% très insatisfaites de leur prise en charge par ces professionnels au moment de leur accouchement. Ce degré très élevé de satisfaction avait également été observé dans une enquête réalisée par la DREES en 2006 auprès des usagères en maternités (Collet, 2008). Elles sont d'ailleurs près de 90% dans l'ENP 2021 à déclarer qu'elles recommanderaient à une proche la même maternité pour accoucher. En revanche, plus d'une femme sur dix garde un « plutôt mauvais » ou un « très mauvais » souvenir de son accouchement.

Concernant le séjour à la maternité, un tiers des femmes ont confié leur nouveau-né au moins une fois à la nurserie, en dehors des soins spécifiques (Tableau 68).

Plus de la moitié des femmes considère que les professionnels étaient très présents, 38,6% assez présents, 7,3% peu présents et 1,1% pas disponibles lors du séjour en maternité. Plus de 85% des femmes sont très ou plutôt satisfaites des méthodes utilisées pour soulager la douleur après l'accouchement et 6,1% n'avaient pas de douleur.

Trois-quarts des femmes considèrent que la durée de leur séjour à la maternité était adaptée, mais 18,8% considèrent que cette durée était trop longue (Tableau 68).

Compte tenu du débat actuel sur les « violences obstétricales », le questionnaire du suivi à 2 mois de l'ENP s'est attaché à recueillir le vécu des femmes concernant les comportements des professionnels de santé durant leur grossesse et leur accouchement (Tableau 69). Ainsi, 12,1% des femmes rapportent des paroles inappropriées parfois ou souvent, 6,7% des gestes inappropriés parfois ou souvent, 10,6% des attitudes inappropriées parfois ou souvent. Ces paroles, gestes ou attitudes pouvaient survenir à tout moment lors du suivi de grossesse (y compris durant les échographies ou aux urgences) ou à l'accouchement (y compris durant la pose de l'anesthésie), mais principalement durant le séjour à la maternité (47,2%). Pour 4,2% des femmes, le ou les professionnels ne demandaient jamais l'accord avant de réaliser un toucher vaginal durant

la grossesse, pour 11,0% des femmes l'accord était demandé parfois et pour 78,0% la demande d'accord était systématique (Tableau 70). Durant le travail et l'accouchement, les femmes déclarent dans près de 20% des cas que leur accord n'a pas été demandé pour l'administration d'oxytocine durant le travail, dans 51,8% des cas pour la réalisation d'une épisiotomie et dans 34,5% des cas pour la réalisation d'une césarienne en urgence, pour les femmes exposées à ces interventions (Tableau 70).

En 2021, des questions évaluant la littératie en santé (motivation et compétences des individus à accéder, comprendre, évaluer et utiliser l'information en vue de prendre des décisions concernant leur santé) des femmes ont été posées pour la 1ère fois dans le cadre de l'enquête. De même que lors de l'entretien en maternité, les questions du module 6 (Capacité à s'engager avec les professionnels de santé) du questionnaire Heath Literacy Questionnaire (HLQ), validé en français (Osborne et al., 2013; Debussche et al., 2018) ont été posées aux femmes lors du suivi à 2 mois, à propos de leur degré de littératie pendant l'accouchement et durant le séjour en maternité. Un seuil inférieur à 3,5 traduit un faible niveau de littératie. Les résultats sont rapportés dans le tableau 71. La moyenne des 5 items du module 6 de l'HLQ est de 4,3 avec 11,4% des femmes présentant un score inférieur à 3,5. Ces résultats nécessitent d'être davantage approfondis, pour comprendre quelles sont les caractéristiques des femmes ayant rencontré des difficultés à avoir de bonnes discussions avec les professionnels de santé au cours de leur accouchement et leur séjour en maternité, ne leur permettant pas d'obtenir les réponses à leurs questions.

III-1-4 Organisation du retour à domicile

En post-partum, 79,1% des femmes ont bénéficié de la visite d'une sage-femme à domicile après leur retour à la maison (Tableau 72) : 21 ,8% ont eu une visite, 39,4% deux visites et 38,8% trois visites ou plus. Dans près de la moitié des cas, ces visites étaient organisées par le programme d'accompagnement du retour à domicile (PRADO).

De même, 19,5% des femmes ont bénéficié de la visite d'une puéricultrice à domicile : une visite unique pour 38,8% d'entre elles, deux visites pour 23,5% et trois visites ou plus pour 37,7%. Ces visites étaient principalement organisées par la PMI (71,0%).

III-1-5 Santé des femmes

Près de 70% des femmes déclarent avoir été vaccinées contre la coqueluche au cours des 10 dernières années. Cette vaccination était à jour avant la grossesse pour 48,8% des femmes et 17,1% ont été vaccinées après l'accouchement (Tableau 73). Seules 1,4% des femmes ont été vaccinées durant la grossesse, ce qui

était conforme aux recommandations du calendrier des vaccinations au moment de l'enquête. La HAS a émis en 2022 de nouvelles recommandations pour vacciner les femmes lors de chaque grossesse (HAS, 2022), soit après la réalisation de l'enquête. Dans l'ENP 2021, 15,6% des femmes déclarent ne pas connaître leur statut vaccinal vis-à-vis de la coqueluche.

En 2021, 1,9% des femmes déclarent présenter un handicap. Celles-ci considèrent que la prise en charge de ce handicap durant la grossesse, l'accouchement et le post-partum a été adéquate pour 68% à 80% des cas selon le moment de prise en charge (Tableau 73).

La différence de poids entre les 2 mois du post-partum et le poids avant grossesse a été calculé. Les résultats présentent la moyenne selon l'IMC de la femme avant grossesse. Les femmes ayant un IMC avant grossesse inférieur strictement à 18,5 avaient en moyenne 6,1 kilos de plus à 2 mois qu'avant la grossesse ; celles ayant un IMC entre 18,5 et 24,9 avaient 4,6 kilos de plus ; celles ayant un IMC entre 25 et 29,9 avaient 3,5 kilos de plus et les femmes ayant un IMC ≥ 30 avaient un poids à 2 mois globalement identique à celui avant la grossesse (-0,3 kilo) (Tableau 73).

Concernant la contraception à 2 mois du post-partum, 39,3% des femmes prennent la pilule, 20,3% utilisent le préservatif, 10,3% ont recours à un dispositif intra-utérin ou stérilet et 24,0% déclarent ne pas avoir de contraception (Tableau 73). Près d'un tiers des femmes déclarent ne pas avoir repris une activité sexuelle à 2 mois du post-partum.

III-1-6 Santé mentale à 2 mois et ressenti depuis le retour à domicile

Pour évaluer le risque de survenue d'une dépression du post-partum, l'échelle Edinburgh Postnatal Depression Scale (EPDS) (composée de 10 items) a été utilisée. Elle permet de calculer un score variant entre 0 et 30. Un seuil ≥ 13 est retenu pour définir le risque de dépression (Levis et al., 2020). Cette échelle est validée en français (Cox et al., 1987; Guedeney et al., 1995). Un examen clinique est toutefois nécessaire pour valider le diagnostic de dépression du post-partum. Ainsi, l'ENP 2021 permet pour la 1ère fois d'évaluer à l'échelle nationale la fréquence de la dépression du post-partum : 16,7% des femmes présentent un score ≥ 13 (Tableau 74), proche des taux observés dans d'autres études internationales (Woody et al., 2017).

Par ailleurs, 13,1% des femmes ont déjà eu un suivi d'au moins 3 mois depuis l'adolescence avec un psychologue, 4,4% avec un psychiatre et 2,3% avaient déjà été hospitalisées en psychiatrie. Ces données feront l'objet d'analyses spécifiques pour explorer les déterminants de la santé mentale en post-partum dans notre pays.

Environ 17% des femmes déclarent que la période écoulée depuis la naissance a été ressentie comme difficile ou très difficile. Plus d'un tiers des femmes ont moins de 3 personnes proches qu'elles pourraient solliciter en cas de graves difficultés personnelles (Tableau 74).

Un quart des femmes déclarent à 2 mois présenter encore des douleurs physiques liées à leur accouchement.

III-1-7 Situation de vie

A 2 mois, la majorité des femmes déclarent ne pas avoir repris leur activité professionnelle, ce qui est cohérent avec la durée légale du congé maternité en France ; seules 2,2% ont recommencé à travailler (Tableau 75).

Concernant le mode de garde prévu pour leur enfant, 31,5% des femmes prévoient un accueil individuel (type assistante maternelle), 30,4% un accueil collectif (crèche ou halte-garderie), 30,1% prévoient que la garde soit assurée par elle-même ou leur partenaire et 13,5% par la famille ou les proches.

III-1-8 Consommation de toxiques

Parmi les femmes qui fumaient avant la grossesse, 87,5% déclarent avoir diminué ou arrêté au cours de la grossesse (Tableau 76), principalement pour la santé de leur enfant (99,3%) ou leur propre santé (55,9%). A 2 mois du post-partum, elles sont 14,6% à fumer des cigarettes classiques, 1,5% des cigarettes électroniques et 0,6% les deux (Tableau 77). Lorsqu'elles sont fumeuses, les femmes consomment en moyenne 8,2 cigarettes classiques par jour. Moins de 1% des femmes déclarent avoir consommé du cannabis depuis leur retour à domicile.

Concernant la consommation d'alcool depuis le retour à domicile, 64,9% des femmes n'en ont pas consommé, 15,0% une fois par mois ou moins, 14,8% deux à quatre fois par mois et 5,3% deux à trois fois par semaine ou plus. En cas de consommation d'alcool, la consommation au cours d'une semaine était de moins d'un verre pour 50,9% des femmes, entre un et quatre verres pour 44,0% d'entre elles, entre 5 et 10 verres pour 4,7% et 11 verres ou plus pour 0,4% des femmes.

III-1-9 Conseils reçus par les professionnels de santé

En 2021, 81,9% des femmes déclarent avoir reçu une information sur le rôle et les modalités de contact de la PMI (Tableau 78). Cette information a été donnée pour 46,0% des femmes durant la grossesse, pour 61,0% à la maternité, pour 67,4% après le retour à domicile, pour 46,9% lors d'une précédente grossesse.

Seulement environ une femme sur deux (49,6%) déclare avoir reçu des conseils pour calmer ou soulager les

pleurs de leur enfant (Tableau 78). Ces conseils ont été donnés par les professionnels de la maternité dans 63,1% des cas, par les proches dans 76,1% des cas, par des professionnels libéraux dans 81,8% des cas, par la PMI dans 39,1% des cas.

Il est recommandé de coucher les enfants sur le dos pour diminuer le risque de mort inattendue du nourrisson (HAS, 2020) ; 37,9% des femmes ont reçu ces conseils pendant la grossesse, 76,2% après l'accouchement à la maternité et 43,2% après la sortie de la maternité. Il reste encore 6,7% des femmes qui n'ont pas reçu de conseils concernant le couchage sur le dos pour leur enfant (Tableau 78).

III-1-10 État de santé de l'enfant

Plus de 95% des enfants sont rentrés à domicile en même temps que leur mère (Tableau 79). Dans 0,2% des cas, l'enfant est rentré à domicile avant la mère et dans 3,7% après la mère. Au moment du remplissage du questionnaire à 2 mois post-partum, 0,7% des enfants étaient encore hospitalisés.

Parmi les enfants rentrés à domicile, l'examen pédiatrique de la 2ème semaine a été réalisé par un pédiatre dans 39,5% des cas, par un médecin généraliste dans 34,9% des cas, par un médecin de PMI dans 6,8% des cas et dans 6,5% des cas par un autre professionnel (Tableau 79). On note que 12,3% des enfants n'ont pas eu d'examen de la deuxième semaine.

A 2 mois de vie, le professionnel réalisant le suivi de l'enfant est généralement soit un pédiatre (43,1%) soit un médecin généraliste de ville (42,2%) (Tableau 79). Dans 12,3% des cas, le principal professionnel qui suit l'enfant est un professionnel de la PMI.

Concernant la vaccination, 15,3% des femmes déclarent à 2 mois que leur enfant est vacciné contre la tuberculose et 8,5% contre le rotavirus (Tableau 79).

Depuis leur naissance, 15,7% des enfants ont fait l'objet d'une consultation aux urgences, majoritairement entre 9 et 30 jours de vie ; 7,2% ont été hospitalisés depuis la sortie de la maternité (Tableau 80).

III-1-11 Allaitement maternel

Parmi les femmes ayant initié un allaitement maternel (74,2% des femmes), seules 38,4% pratiquent un allaitement exclusif à deux mois et 30,2% déclarent avoir reçu un soutien par des professionnels de santé pour des problèmes liés à leur allaitement depuis la sortie de la maternité. Ce soutien a été apporté soit lors de visites à domicile (72,2%), soit lors des consultations (62,9%), soit par téléphone (30,1%). Elles sont cependant 16,8% à déclarer ne pas avoir reçu de soutien alors que cela aurait été utile (Tableau 81). Parmi les femmes ayant arrêté l'allaitement maternel, 27,7% ont arrêté dans les sept premiers jours de vie de leur enfant, 28,2% entre 8 et 21 jours, 32,2% entre 22 et 45 jours et 11,9% au-delà de 45 jours. A 2 mois, les

femmes sont 34,4% à allaiter exclusivement, 19,8% à réaliser un allaitement mixte et 45,8% à donner du lait premier âge du commerce.

A noter que lorsqu'on interroge les femmes sur leur santé psychique et sur les sources de difficultés ressenties depuis leur retour à domicile, un allaitement maternel parfois compliqué est évoqué par 48,7% des femmes (Tableau 74).

Les données de l'enquête EPIFANE, enquête ancillaire de l'ENP 2021 réalisée par Santé publique France, avec un suivi des femmes et des enfants pendant un an, permettra d'explorer l'évolution des modalités d'alimentation des enfants durant la 1ère année de vie ainsi que les difficultés rencontrées dans la mise en place de l'allaitement maternel.

III-1-12 Sommeil du couple mère-enfant

La majorité des femmes déclarent que leur enfant dort seul dans son lit dans la chambre des parents (70,7%) comme il est recommandé jusqu'aux six mois de l'enfant au moins (Kassa et al., 2016) ; 15,6% des enfants dorment seuls dans une pièce et 12,4% dorment dans le lit des parents (Tableau 82). Concernant la position de couchage, 79,6% des femmes déclarent que leur enfant est toujours couché sur le dos et 11,6% souvent couché dans cette position. Moins de 5% des femmes déclarent coucher leur enfant souvent ou toujours sur le ventre et moins de 10% souvent ou toujours sur le côté.

Au cours de la semaine précédant le remplissage du questionnaire, les femmes déclarent que leur enfant se réveille une fois par nuit dans 36,8% des cas, deux fois par nuit dans 29,0% des cas et trois fois ou plus par nuit dans 16,7% des cas. En moyenne sur les 7 dernières nuits, elles estiment qu'elles ont dormi 4,6 heures d'affilée entre 23 heures et 6 heures du matin (Tableau 82). A noter que lorsqu'on les interroge sur leur santé psychique et sur les sources de difficultés ressenties depuis leur retour à domicile, plus de 9 femmes sur 10 ayant ressenti des difficultés évoquent la fatigue (Tableau 74). Il s'agit de loin de la première source de difficulté ressentie.

III-1-13 Consommation de produits d'hygiène et de cosmétique

On observe qu'entre 12 et 26% des femmes déclarent avoir changé leurs habitudes relatives à la consommation de produits d'hygiène et de cosmétique à au moins un moment (avant, pendant ou après cette grossesse-ci ou une précédente grossesse). Tous les produits semblent concernés par ces changements (Tableau 83). Afin de mieux cerner les déterminants de ces comportements, ces questions devront faire l'objet d'analyses spécifiques.

III-1-14 Violences faites aux femmes

En 2021, 6,0% des femmes déclarent avoir subi des violences psychologiques, soit pendant la grossesse (3,7%), soit depuis la naissance (0,5%), soit les deux (1,8%) (Tableau 84). Dans plus de la moitié des cas, ces violences étaient répétées (au moins deux fois). L'auteur des violences psychologiques était le partenaire pour 25,3% des femmes ayant déclaré des violences psychologiques, un autre homme qu'elle connaissait pour 31,3%, une autre femme qu'elle connaissait pour 24,4%, un homme qu'elle ne connaissait pas pour 19,2% et une femme qu'elle ne connaissait pas pour 13,9%.

Concernant les violences physiques, 1,3% des femmes déclarent en avoir été victime, soit pendant la grossesse (0,9%), soit depuis la naissance (0,2%), soit les deux (0,2%) (Tableau 84). Dans 27,7% des cas, ces violences physiques étaient répétées (au moins deux fois). L'auteur des violences physiques était le partenaire pour 34,5% des femmes, un homme connu ou inconnu pour 45,1% et une femme connue ou inconnue pour 19,1%.

Et 0,3% des femmes déclarent avoir été victime de violences à caractère sexuel pendant la grossesse et/ou depuis la naissance par un homme. Les effectifs sont trop faibles pour préciser davantage la temporalité et l'auteur des violences sexuelles déclarées par les femmes.

Les questions concernant cette thématique majeure pour les femmes feront l'objet d'analyses spécifiques tout comme en 2016 (Maciel et al., 2019).

Partie IV

RÉSULTATS SUR LES ÉTABLISSEMENTS

IV-1 L'évolution de l'offre de soins

Les résultats présentés dans cette partie sont issus des réponses du questionnaire « Etablissement ». Cette section décrit les caractéristiques des maternités (également disponible par la statistique annuelle des établissements (SAE)), leur environnement, le profil de leurs équipes soignantes, l'organisation des prises en charge et les évolutions observées depuis l'enquête précédente de 2016. L'analyse est détaillée pour chaque variable du questionnaire en fonction du type d'autorisation de la maternité (type I, IIA, IIB, III) et de sa taille en volume annuel d'accouchements en six catégories (<500, 500-999, 1000-1499, 1500-1999, 2000-3499, ≥3500). Le statut des établissements est présenté dans les tableaux 85a et 85b tout comme la répartition géographique des maternités sur le territoire métropolitain. Les caractéristiques des maisons de naissance sont présentées séparément du fait de leurs spécificités organisationnelles.

Au 15 mars 2021, la France métropolitaine comptait 456 maternités et 6 maisons de naissance contre 497 maternités en mars 2016 soit 8,2% de maternités en moins en 5 ans. Depuis 1995, le nombre de maternités a été réduit de près de 50% (816 maternités en 1995, 756 en 1998, 618 en 2003, 535 en 2010) (données issues des rapports des précédentes éditions de l'ENP, disponibles sur le site de l'ENP). Cette diminution du nombre de maternités est à mettre en parallèle avec une diminution régulière du nombre de naissances vivantes en France métropolitaine, d'environ 12% depuis 2010. Le nombre de naissances vivantes, passé sous le seuil des 698 000 en 2020 (remonté aux alentours de 702 000 en 2021), est historiquement le taux le plus faible enregistré depuis 1995, date de la première édition de l'enquête nationale périnatale (plus de 729 600 en 1995, 738 000 en 1998, 761 500 en 2003, 802 200 en 2010 et 744 700 en 2016) (INSEE, 2022).

Trois maternités ont refusé de participer à l'ENP 2021 soit moins de 1% des établissements. Ce chiffre est stable par rapport en 2016 (n=4). Il s'agit de 3 maternités privées à but lucratif, 2 de type I et une de type IIA qui ont réalisé 80 accouchements au total lors de la semaine d'enquête, d'après les données du PMSI.

Depuis le 9 octobre 1998 (JOFR, 1998), deux décrets dits « décret de périnatalité » définissent les conditions d'implantation et les conditions techniques de fonctionnement auxquels doivent répondre les établissements de gynécologie-obstétrique, dans l'objectif d'assurer la qualité et la sécurité des prises en charge qui y sont prodiguées. Ces règles concernent les personnels, les locaux et l'organisation. Ainsi, quatre types de maternités ont été définis, correspondant à trois niveaux de spécialisation des soins pour les nouveau-nés. Les maternités de type I accueillent les grossesses physiologiques ; 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. Les maternités de type IIB ont des lits dédiés aux soins intensifs en néonatalogie, contrairement au type IIA. Les

maternités de type III sont en mesure de prendre en charge les grossesses « à risque », avec un service de réanimation néonatale et un service de néonatologie.

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 par tranche de 500 accouchements, jusqu'à 3000 accouchements par an et d'une salle supplémentaire par tranche de 1000 accouchements au-delà de 3000 accouchements annuels (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.

Selon les décrets de périnatalité 1998, en équivalent temps plein, doit être présente au minimum une sage-femme affectée au secteur naissance en permanence pour les maternités de moins de 1000 naissances par an. Une sage-femme en plus doit être opérationnelle pour chaque tranche de 200 naissances supplémentaires. En ce qui concerne les médecins, pour une maternité de 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).

IV-1-1 Selon le type d'autorisation

Il n'y a pas de différence entre 2016 et 2021 concernant la distribution des types d'établissements (Tableaux 85a et 85b).

Parmi les maternités participantes à l'édition 2021, 37,5% sont de type I, 30,7% de type IIA, 18,5% de type IIB et 13,3% de type III.

IV-1-2 Selon le statut

La répartition des statuts de maternités ne présente pas de différence significative entre 2016 et 2021 (Tableaux 85a et 85b). Le nombre de Centre Hospitalier (CH) diminue d'environ 9% (287 en 2016 versus 269 en 2021), et le nombre d'établissements du secteur privé à but lucratif d'environ 8% (Tableau 85a).

Graphique 1 : Répartition des établissements privés en France métropolitaine en 2021, selon les régions

Graphique 2 : Répartition des établissements privés en France métropolitaine en 2016, selon les régions

Les disparités entre les régions de l'activité des établissements privés à but lucratif restent particulièrement marquées, tout comme en 2016 (Tableau 85a). En effet, la part des accouchements ayant lieu dans ce type de structure au sein de chaque région varie d'environ 10% en Bourgogne-Franche-Comté à près de 45% en Occitanie, avec une moyenne d'environ 23%, en diminution sensible depuis 2016 (Graphiques 1 et 2).

IV-1-3 Selon la taille

La répartition des tailles des maternités ne présente pas de de différence significative entre 2016 et 2021 (Tableau 85a).

IV-1-4 Lien entre type, statut et taille des maternités

Il existe un lien entre la taille, le type d'autorisation et le statut des maternités : les 60 maternités de type III sont toutes publiques et réalisent au moins 1500 accouchements par an (Tableaux 85a et 85b).

Les maternités de moins de 500 accouchements par an sont de type I, à l'exception d'une maternité de type IIA. Elles sont majoritairement du secteur public (CHU/CHR, CH) : 78,4%.

Les maternités privées à but lucratif sont essentiellement de type I (55,0%) et de type IIa (38,5%). Dans ce secteur, ce sont essentiellement des maternités de type I et de taille intermédiaire qui ont fermé depuis 2016.

Il n'y a pas de différence significative entre 2016 et 2021 concernant la taille, le statut et la répartition géographique des établissements.

IV-1-5 Comparaisons régionales en métropole

La répartition régionale des accouchements selon le type d'établissements ne présente pas de différence significative entre 2016 et 2021 (Tableau 85a).
Les fermetures de maternités concernent toutes les régions (à l'exception de la Corse et des Pays de la Loire). Les régions Grand Est et Hauts-de-France sont les plus impactées par les fermetures avec 6 maternités entre 2016 et 2021. La diminution moyenne dans l'ensemble des régions est de 3,1 maternités en moins en cinq ans. La Corse n'a aucun établissement de type III sur son territoire, tout comme en 2016. Dans cinq régions, on ne retrouve pas d'établissements réalisant plus de 3500 accouchements annuels : la Bourgogne-Franche-Comté, la Corse, le Grand Est et la Normandie. L'Île-de-France, quant à elle, n'a aucune maternité de moins de 500 accouchements par an.

IV-2 Les équipements et le codage au sein des maternités

IV-2-1 Le bloc obstétrical

L'emplacement du bloc obstétrical a évolué entre 2016 et 2021. En effet, de plus en plus de maternités déclarent posséder un bloc obstétrical pour réaliser les césariennes dans le secteur naissance ou contigu au secteur naissance (+13,4% par rapport à 2016, tout type confondu) (Tableau 86a). L'évolution de l'emplacement est surtout marquée dans les types I avec près de 20% des maternités de plus qui ont un accès direct au bloc obstétrical. En 2021, toutes les maternités de 2000 accouchements ou plus déclarent avoir un bloc obstétrical pour réaliser les césariennes dans le secteur naissance ou contigu au secteur naissance (Tableau 86b).

IV-2-2 Les services de salle de réveil, d'unité de surveillance continue et de réanimation adulte

Le nombre de maternités déclarant disposer d'une salle de réveil 24h/24 a significativement augmenté entre 2016 et 2021 pour atteindre 90,5% (+5%) (Tableau 86a). Ce chiffre reste identique pour les maternités de type III. Les maternités de moins de 500 accouchements par an ont également plus souvent accès à une salle de réveil 24h/24 (+16% en 5 ans) (Tableau 86b).

La présence sur site d'une unité de surveillance continue reste stable entre les deux périodes pour atteindre près de 84% en 2021.

Les maternités ne disposent pas significativement de plus de service de réanimation adulte dans l'établissement qu'en 2016.

Pour les établissements déclarant ne pas disposer d'un service de réanimation adulte sur site, 41,1% des maternités transfèrent dans un établissement à au moins 30 kilomètres contre 37,5% en 2016 (Tableau 86a). Ce sont surtout les maternités de moins de 500 accouchements annuels (85,4%) qui déclarent transférer à au moins 30 kilomètres (Tableau 86b).

IV-2-3 Les soins aux nouveau-nés

Le nombre de maternités déclarant avoir une unité kangourou (unité de néonatologie intégrée soit dans une maternité au sein des suites de naissances (le nouveau-né étant soigné dans la chambre de sa mère), soit

dans une unité de néonatologie voisine adaptée à recevoir des parents 24h/24 (les sages-femmes venant s'occuper de la mère)) a augmenté de 10% depuis 2016 pour atteindre 41,3% des établissements (Tableau 86a). Cette augmentation touche l'ensemble des types de maternités mais est plus particulièrement marquée dans les types IIA et III et dans celles réalisant plus de 3500 accouchements par an. L'augmentation est aussi marquée dans les établissements de 1000 à 1499 accouchements qui doublent le nombre d'unité kangourou entre 2016 et 2021 pour atteindre 41,1% (Tableau 86b).

En 2021, trois quarts des établissements déclarent avoir une pièce (type crèche ou nurserie) où regrouper les nouveau-nés, en cas de besoin ponctuel des mères lors de leur séjour en suite de naissance (Tableau 86a).

Parmi les maternités disposant d'un service de néonatologie, plus de la moitié des types III déclarent avoir mis en place un programme de soins de développement (y compris NIDCAP, programme néonatal d'évaluation et de soins de développement individualisés). Ces programmes ont pour objectif de protéger le développement cérébral des nouveau-nés, essentiellement nés avant terme, en réduisant le stress lié à l'environnement et aux soins (bruit trop fort, lumière excessive…) (Ohlsson et al., 2013). Ils permettent également aux parents d'occuper une place de choix auprès de l'enfant qui vient de naitre et ce durant toute la durée de son hospitalisation. Ainsi, chaque prise en charge est individualisée selon l'état de santé de l'enfant et implique fortement les personnels des services qui se doivent d'observer l'évolution de l'enfant et adapter les soins.

Plus les maternités réalisent d'accouchements, plus elles déclarent avoir mis en place ce type de programme, pour atteindre 58,3% dans les plus de 3500 accouchements annuels (Tableaux 86a et 86b).

IV-2-4 L'accompagnement des femmes à mobilité réduite

En 2021, les maternités sont un peu plus souvent équipées pour accueillir les femmes à mobilité réduite (77,7%) mais sans différence significative depuis 2016 (Tableau 86a). Ce sont majoritairement les maternités de moins de 500 accouchements par an qui se sont équipées (+28%) entre les deux enquêtes (Tableau 86b).

IV-2-5 Les centres périnataux de proximité (CPP)

Près de 32% des maternités sur le territoire métropolitain travaillent en réseau avec un ou plusieurs Centre Périnatal de Proximité (CPP) (Tableau 86a).

IV-2-6 La gestion du dossier médical

Même si l'informatisation des dossiers médicaux s'est accélérée entre 2016 et 2021, la comparaison des deux enquêtes pour cette question est difficile du fait des modalités de réponses différentes. En 2021, moins de 15% des établissements déclarent n'utiliser qu'un dossier papier et 24,9% un dossier exclusivement informatisé (Tableau 87a).

Lorsque les dossiers sont au moins en partie informatisés, ils sont dans 63,1% des cas non communs et non partagés avec plusieurs structures (Tableau 87a). Parmi les 36,9% des maternités qui ont un dossier informatisé commun (partagé ou non), la majorité (61,1%) le partagent avec une partie des structures du réseau. Ce sont les types IIA et les maternités réalisant moins de 1000 accouchements par an qui ont le plus fréquemment un dossier commun avec l'ensemble des structures du réseau (Tableaux 87a et 87b).

IV-2-7 Le codage du Programme de Médicalisation des Systèmes d'Information (PMSI)

Dans près de 8 maternités sur 10, le codage des séjours maternels et de l'enfant est réalisé par une personne du Département d'Information Médicale (DIM) (Tableau 88a). Les sages-femmes collaborent également activement à cette activité puisque la moitié des établissements signalent que cette tâche incombe à ces professionnelles pour les séjours maternels et 30,5% pour les séjours des enfants. Concernant les médecins, le sénior est impliqué dans 26,3% des codages de séjours maternels et le pédiatre dans 31,4% des séjours de l'enfant.

IV-3 Le personnel en salle de naissance

La formulation des questions diffère entre les deux éditions et rendent les comparaisons difficiles. En 2016, la question portait sur le secteur naissance (incluant les urgences gynécologiques et obstétricales), alors qu'en 2021, seul le secteur des « salles de naissance » est inclus.

IV-3-1 Le personnel médical

Il reste encore quelques maternités de type I (n=5) et IIA (n=1) dans lesquelles il n'y a pas en permanence un médecin qualifié pour réaliser une césarienne (Tableau 89a).

La présence en permanence d'un gynécologue-obstétricien dans l'établissement (jour, nuit en semaine et le week-end) a tendance à augmenter entre 2016 et 2021. Ce sont essentiellement dans les maternités réalisant moins de 1500 accouchements par an que la présence de ce type de professionnel a le plus augmenté (Tableau 89b).

La présence systématique d'un pédiatre dans l'établissement a significativement augmenté en cinq ans pour atteindre presque une maternité sur deux en 2021. Plus le type d'autorisation est élevé, plus le pédiatre est présent systématiquement, en accord avec les décrets de 1998 (Tableau 89a).

La présence permanente sur site d'un médecin anesthésiste-réanimateur n'augmente pas de façon significative entre les deux périodes de référence et concerne 85,9% des établissements en 2021. Conformément à la réglementation, la présence en permanence de ce type de professionnel dépend de la taille de la maternité.

La présence permanente des internes en gynécologie-obstétrique et en pédiatrie est stable entre 2016 et 2021. En 2021, elle atteint plus de 34% pour les internes en gynécologie-obstétrique et 22,5% pour les internes en pédiatrie.

En revanche, la présence permanente des internes en anesthésie-réanimation a tendance à augmenter depuis 2016 et concerne presque 24% des maternités en 2021. Cette augmentation est particulièrement marquée au sein des maternités de type III, passant de 75,0% en 2016 à 88,3% en 2021 (Tableau 89a). Selon le nombre d'accouchements annuels, la présence d'internes en anesthésie-réanimation augmente dans tous les établissements, à l'exception des maternités de moins de 500 accouchements annuels où la présence reste nulle et dans les maternités de plus de 3500 accouchements annuels où leur présence infléchit très légèrement, passant de 77,8% en 2016 à 72,0% en 2021 (Tableau 89b).

Le nombre de sages-femmes présentes la journée et la nuit en semaine ou la journée le week-end semble augmenter légèrement entre 2016 et 2021 dans les types IIB et III (Tableau 90a). Plus l'établissement réalise un gros volume d'accouchements, plus le nombre de sages-femmes mobilisées est important (Tableau 90b). Cependant, la comparaison des données de 2016 et 2021 n'est pas possible en raison de la formulation différente des questions entre les deux éditions : le nombre de sages-femmes était demandé pour l'ensemble du secteur naissance en 2016 (y compris le service des urgences) alors qu'il n'est demandé que pour le secteur de salle de naissance en 2021. Par ailleurs, les effectifs de 2021 restent très en dessous de ceux proposés par les sociétés savantes (CNGOF, 2018).

Les établissements n'ont quasiment pas recours au système d'astreinte pour les sages-femmes.

IV-3-2 Le personnel paramédical

Les effectifs moyens du personnel paramédical en salle de naissance (auxiliaires de puériculture, aides-soignantes, infirmières, infirmières anesthésistes) semblent rester stables entre 2016 et 2021 (Tableaux 90a et 90b).

IV-3-3-Les intérimaires et/ou vacataires

Compte tenu des difficultés de démographie médicale en maternité, des questions relatives à l'intérim en maternité ont été ajoutées en 2021. La moitié des maternités ont recours à des intérimaires et/ou vacataires gynécologues-obstétriciens en 2021 (Tableau 91a). Les maternités de type I et les plus petites maternités sont celles qui ont le plus recours aux intérimaires et/ou vacataires et de manière la plus régulière, à savoir au moins plusieurs fois par mois (Tableau 91b). Les grands établissements et les types III ont très peu recours aux intérimaires et/ou vacataires en gynécologie-obstétrique. Parmi les maternités qui ont recours à des intérimaires et/ou vacataires plusieurs fois par mois, la majorité des professionnels (7/10) est habituée au service, c'est-à-dire qu'ils font plusieurs gardes par mois dans le service.

La tendance est sensiblement la même pour les intérimaires et/ou vacataires anesthésistes (Tableaux 91a et 91b). En effet, près de la moitié des maternités y ont recours. Environ 17% des maternités de type III recourent aux intérimaires et/ou vacataires anesthésistes-réanimateurs moins d'une fois par mois et environ 17% plusieurs fois par mois. En revanche, si le recours aux intérimaires et/ou vacataires est fréquent, les anesthésistes sont habitués au service dans 79,4% des cas. Plus les maternités réalisent d'accouchements, moins elles ont recours aux intérimaires et/ou vacataires en anesthésie. Lorsqu'elles y ont recours plusieurs fois par mois, les intérimaires et/ou vacataires connaissent bien ou très bien le service (de 71,9% à 100% selon la taille de l'établissement).

A propos des pédiatres, 41,3% des maternités déclarent recourir aux intérimaires et/ou vacataires : ponctuellement (19,2%) ou plus régulièrement (22,1%). Plus le type est élevé, moins les maternités y ont recours (Tableau 92a). C'est principalement dans les types IIB que les professionnels intérimaires et/ou vacataires sont le moins habitués au service. De nouveau, plus les établissements réalisent d'accouchements, moins ils ont recours aux intérimaires et/ou vacataires pédiatres (Tableau 92b). Ce sont dans les maternités de taille intermédiaire (1000 à 3499 accouchements) que les intérimaires et/ou vacataires pédiatres sont les moins habitués (environ 65%).

A propos des sages-femmes, 38,4% des maternités déclarent avoir recours à des intérimaires et/ou vacataires (Tableau 92a). De nouveau, plus le type est élevé, moins les maternités ont recours aux intérimaires et/ou vacataires sages-femmes. En revanche, si le recours est fréquent, à savoir au moins une fois par mois, les sages-femmes connaissent le service dans au moins 95% des cas, quel que soit le type d'autorisation. On note également que 84,6% des sages-femmes intérimaires et/ou vacataires dans les maternités de moins de 500 accouchements par an connaissent le service contre au moins 95,5% dans les plus grandes structures (Tableau 92b).

IV-4 La prise en charge prénatale

IV-4-1 La prise en charge psychologique

Dans la très grande majorité des établissements (99,1%), le recours à un psychologue est possible, ce qui est stable depuis 2016 (Tableau 93a). En 2021, la majorité des maternités déclarent avoir un psychologue à disposition en interne (soit dans le service, soit dans la structure). Le nombre d'accouchements effectués dans la maternité n'a pas d'influence sur le recours possible à un psychologue (Tableau 93b).

En 2021, près de 80% des maternités peuvent faire appel à un psychiatre. Près de la moitié des maternités ont cette disposition en interne (soit dans le service, soit dans la structure). Plus le type d'autorisation est élevé et plus le nombre d'accouchements annuel est élevé, plus la possibilité d'avoir recours en interne à un psychiatre est élevée (Tableaux 93a et 93b).

En 2021, 46,8% des maternités déclarent avoir accès à un pédopsychiatre dont 27,2% en interne. Plus le type est élevé, plus la possibilité de recours en interne à un pédopsychiatre est élevée. Trois maternités de type I sur dix travaillent avec un pédopsychiatre en interne ou en réseau. Dans les maternités de plus de 2000 accouchements par an, un pédopsychiatre est disponible en interne dans plus d'un cas sur deux.

IV-4-2 Les consultations spécifiques

Les maternités ont significativement plus accès à une consultation de tabacologie en comparaison avec 2016 : 87,6% des maternités en 2021 contre 77,4% en 2016 (Tableau 94a). Tous les établissements privilégient la mise en place de cette consultation dans le service, quel que soit le type ou le nombre d'accouchements annuels (Tableaux 94b).

Il en est de même pour la consultation en alcoologie (Tableaux 94a et 94b). Les maternités ont largement renforcé ce type d'offre au sein de leur service depuis 2016 augmentant de 5,9% à 20,7% en 2021. Près de 17% des maternités travaillent avec un référent extérieur en alcoologie en 2021.

Le nombre de maternité ayant accès à une consultation en addictologie augmente également significativement passant de 65,9% en 2016 à 82,6% en 2021 (Tableau 94a). Plus le type est élevé, plus le recours à une consultation en interne est réalisable au sein du service, passant de 11,2% en 2016 à 19,9% en 2021. Selon la taille, toutes les maternités ont augmenté la possibilité d'avoir accès à une consultation en addictologie. La présence d'un référent extérieur permet également de renforcer cette offre de soin. En 2021, toutes les maternités de plus de 3500 accouchements ont accès à une consultation d'addictologie dont 20,0% avec un référent extérieur (Tableau 94b).

En 2021, la très grande majorité des femmes peuvent bénéficier d'une consultation de nutrition, essentiellement dans la structure (88,3% dans le service ou dans l'établissement). Toutefois, ces consultations sont directement proposées dans le service dans les maternités de type III (60,0%). Le référent extérieur n'est pas privilégié pour la prise en charge des femmes puisque seulement 5,3% des maternités le proposent. Ce sont essentiellement les maternités de plus de 2000 accouchements par an qui ont la possibilité de suivre les femmes sur le plan nutritionnel en interne. Les structures de moins de 1500 accouchements annuels sont environ 60% à avoir accès à une consultation au sein de l'établissement. Ces consultations de nutrition sont accessibles à toutes les femmes dans 72,9% des maternités (Tableau 94a).

IV-4-3 Le dépistage de la Covid-19

Au 1er janvier 2021, 59,0% des établissements avaient mis en place un dépistage systématique de l'infection au coronavirus à l'accouchement (Tableau 95a). Les maternités de moins de 500 accouchements annuels ont grandement investi sur ce dépistage : 76,5% des maternités l'ont mis en place. A contrario, seul 32,0% des maternités réalisant plus de 3500 accouchements annuels ont mis en place ce dépistage systématique (Tableau 95b). Ces différences sont probablement expliquées par des difficultés logistiques plus importantes (personnel, laboratoire, circuit en cas de patiente positive asymptomatique…) pour les maternités avec le plus gros volume d'accouchements et donc plus de femmes à dépister.

Le test PCR (polymerase chain reaction) est le plus souvent réalisé pour ce dépistage systématique : 71,1% des maternités ont recours à ce test seul et 7,2% associé à un test-antigénique selon les situations cliniques. Ce sont plus particulièrement les maternités de 1500 à 1999 accouchements annuels qui l'utilisent (Tableau 95b).

IV-4-4 Le refus d'inscription

Les établissements refusent significativement moins les inscriptions des femmes à bas risque résidant loin de la maternité depuis 2016. Il est à noter que les maternités sans système d'inscription ont diminué de moitié, passant de 33,8% en 2016 à 16,1% en 2021. Les maternités de type I et II sont celles qui refusent le moins les inscriptions tandis que les types III peuvent refuser des inscriptions dans près de 30% des cas en 2021 (Tableau 95a). Les maternités réalisant plus de 3500 accouchements par an sont celles qui refusent le plus les inscriptions (48,0%) contrairement aux autres types de structures qui ont des taux de refus bas voire quasi nul (de 0% à 1,1%).

IV-4-5 La prise en charge des femmes en situation de vulnérabilité ou de précarité

Les maternités ont significativement plus souvent accès à une assistante sociale dédiée au service en 2021 qu'en 2016 (54,1% versus 39,9%) (Tableau 95a).

Selon la taille des établissements, les structures réalisant le plus d'accouchements annuels sont celles qui ont le plus accès à une assistante sociale dédiée au service bien que toutes les maternités aient augmenté cette offre au sein de leurs services (Tableau 95b).

Concernant les dispositifs facilitant la prise en charge des femmes en situation de vulnérabilité ou de précarité, deux tendances sont observées : l'accès à une Permanence d'Accès aux Soins de Santé (PASS) n'a pas significativement évolué entre 2016 et 2021 (plus de 35% des maternités ont un accès systématique, et plus de 21% un accès non systématique) et parallèlement l'accès à un autre dispositif a baissé, passant de près de 53% en 2016 à moins de 29% en 2021. Parmi les maternités qui proposent un autre dispositif pour faciliter la prise en charge des femmes en situation de précarité ou de vulnérabilité, ce sont les staffs pluridisciplinaires qui se sont renforcés évoluant de 36,5% en 2016 à près de 52% en 2021 ; 76,0% des maternités de plus de 3500 accouchements par an proposent ce type de staff en 2021 et près d'une maternité sur deux de moins de 500 accouchements par an.

En 2021, les professionnels de la PMI passent régulièrement au sein des établissements et participent aux staffs dédiés aux populations précaires et/ou en situation de vulnérabilité dans environ 80% des établissements (Tableau 96a). Les maternités de moins de 500 accouchements annuels ont toutes un lien avec la PMI. Près de 9 sur 10 ont notamment un contact privilégié lors de passages réguliers (Tableau 96b).

Les échanges entre les établissements et les PMI sont formalisés notamment par convention dans 50,7% des maternités. Plus le type de la maternité est élevé, plus les liens sont formalisés.

En 2021, 51,4% des maternités déclarent informer systématiquement les patientes concernant le rôle de la PMI et les moyens de la contacter (Tableaux 96a et 96b). Plus le type est élevé, plus l'information est systématiquement réalisée. Ce sont les maternités qui réalisent un grand nombre d'accouchements annuels qui déclarent le plus informer les femmes.

En 2021, près de 90% des maternités déclarent utiliser un dispositif pour faciliter la prise en charge des populations non francophones. La consultation avec un interprète est peu utilisée : près de 14% des maternités déclarent y avoir recours (Tableau 96a). La présence la plus notable d'interprètes se situe dans les types III et dans les maternités de plus de 3500 accouchements annuels avec environ 40% de recours (Tableau 96b).

IV-5 La prise en charge en salle de naissance

IV-5-1 Le projet de naissance

En 2021, le projet de naissance est largement proposé ; plus de 65% des établissements proposent souvent ou systématiquement aux femmes de rédiger un projet de naissance (Tableau 97a). Les maternités de plus petite taille déclarent plus souvent proposer la rédaction d'un projet de naissance de façon systématique (Tableau 97b).

IV-5-2 Les espaces physiologiques

Les maternités sont significativement plus dotées d'espaces physiologiques (40,1% en 2016 versus 69,3% en 2021). Toutes les structures ont augmenté le nombre d'espace mais l'accroissement est surtout notable pour les maternités de type I passant de 37,0% d'espaces physiologiques en 2016 à 67,1% en 2021, celles de type IIA passant de 44,0% à 72,7% et celles de type IIB augmentant de 35,9% à 70,2%. Cette tendance est également très marquée selon le nombre d'accouchements ; les maternités de moins de 500 accouchements par an passent de 15,9% d'espaces physiologiques en 2016 à 45,1% en 2021. Les maternités de plus de 1000 accouchements annuels sont équipées à plus de 70% d'espaces physiologiques en 2021 (Tableaux 97a et 97b).

La majorité des maternités autorisent les accouchements au sein de ces espaces physiologiques et plus souvent qu'en 2016 (87,9% en 2021 versus 79,8% en 2016). Tous les types et toutes les tailles de structures ont renforcé ce dispositif en comparaison de 2016.

En revanche, le nombre de baignoires présentes au sein de ces salles est stable depuis 2016. Près de 90% des maternités disposant d'un espace physiologique sont équipés d'au moins une baignoire mais seuls 10,9% des maternités autorisent l'accouchement dans l'eau. Il est toutefois à noter que les maternités de plus de 3500 accouchements autorisent plus souvent l'accouchement dans l'eau qu'en 2016 : 20,0% contre 0,0% en 2016.

IV-5-3 L'accès au plateau technique

Les maternités sont deux fois plus nombreuses à déclarer autoriser l'accès au plateau technique pour les sages-femmes libérales (21,2% en 2021 versus 12,1% en 2016) (Tableau 97a). Ce sont principalement les maternités de type II et les maternités de moins de 2000 accouchements par an qui déclarent permettre un accès aux plateaux techniques. Les données recueillies ne permettent pas d'évaluer l'activité des plateaux techniques.

IV-6 La prise en charge post-natale

IV-6-1 La prise en charge de l'allaitement

La présence dans le service d'au moins une personne référente en allaitement a significativement augmenté entre 2016 et 2021 passant de 67,3% à 75,9% (Tableau 98a). Cette augmentation a essentiellement eu lieu dans les maternités de type I passant de 54,3 à 68,2% entre les deux éditions. Cette tendance se retrouve également selon le nombre d'accouchements annuels puisque ce sont les structures de moins de 1500 accouchements par an qui ont le plus développé ce dispositif de personne référente en allaitement (Tableau 98b).

Dans 65,0% des établissements, le temps dédié à cette activité de référente en allaitement est partiel. Seulement 4,1% des maternités disposent d'un temps complet dédié à cette activité. Les maternités de type III sont celles qui ont le plus développé cette offre avec 16,7% de temps complet.

Dans 68,5% des maternités, la personne référente en allaitement propose des réunions d'équipes pour tenter d'uniformiser les pratiques. Plus le type est élevé, plus les maternités organisent des réunions d'équipe. Selon la taille des structures, au moins 60% des maternités animent des réunions d'équipe à ce sujet.

Le suivi possible avec cette personne référente en allaitement après la sortie de la maternité a diminué entre 2016 et 2021 passant de 83,2% à 75,5% (Tableau 98a). Cette diminution est plus marquée dans les maternités de type III où le suivi possible diminue de 12 points passant de plus de 80,0% en 2016 à 68,5% en 2021.

En 2021, près d'une maternité sur deux déclare des liens avec le lactarium. Plus le type d'autorisation de la maternité est élevé, plus les liens sont importants passant de 26,6% pour les types I à plus de 91% pour les types III. Plus la maternité est de taille importante, plus les liens avec le lactarium sont élevés, de 15,7% pour les moins de 500 accouchements annuels à 84,0% pour les plus de 3500.

En 2021, 65,1% des maternités déclarent informer les femmes de la possibilité de faire don de leur lait au lactarium (Tableau 98a). Plus le type d'autorisation est élevé, plus cette information est diffusée aux femmes : 57,1% dans les maternités de type I contre 85,0% dans les maternités de type III. La taille de la structure influence également l'information aux femmes. Parmi les maternités de moins de 500 accouchements annuels, 47,1% déclarent informer les femmes. Plus la maternité est grande, plus les femmes sont informées.

IV-6-2 Les dépistages néonataux

IV-6-2-1 La surdité néonatale

Le protocole utilisé pour le dépistage de la surdité néonatale n'a pas significativement évolué entre 2016 et 2021. Toutes les maternités ont désormais un protocole et le dépistage par otoémissions acoustiques (OEA) puis OEA, si le premier test n'est pas concluant, reste l'association privilégiée pour le dépistage, utilisée dans 44,2% des maternités en 2021 (Tableau 99a).

Une procédure de rattrapage pour les enfants sortis avant la réalisation du test de dépistage de la surdité néonatale est proposée par 97,8% des établissements en 2021 contre 91,5% en 2016. La consultation ultérieure dans le service reste la procédure privilégiée pour tester les enfants sortis avant la réalisation du test de dépistage : 53,0% des maternités proposent cette possibilité, stable depuis 2016. Cette procédure de rattrapage a été renforcée pour toutes les maternités quel que soit leur taille (Tableau 99b).

IV-6-2-2 Le dépistage sanguin néonatal systématique

Concernant le dépistage sanguin néonatal systématique en cas de sortie précoce, trois maternités sur quatre proposent la réalisation du test avant la sortie à J2 (Tableau 99a). Il s'agit de la procédure privilégiée par les établissements en 2021 (information non disponible pour 2016). La réalisation du test sanguin par une sage-

femme libérale à domicile diminue de 71,3% en 2016 à 52,5% en 2021 et ce quelle que soit la taille de l'établissement (Tableaux 99a et 99b).

IV-6-3 Les visites à domicile

L'objectif premier du PRADO est de garantir une visite par une sage-femme au retour de la maternité après l'accouchement, encadré par la sécurité sociale. Les visites à domicile par une sage-femme libérale dans ce cadre sont significativement moins proposées par les maternités, passant de 83,5% en 2016 à 62,3% en 2021 (Tableau 100a). Cette diminution concerne tous les types de maternités. La proposition de visites par une sage-femme à domicile hors cadre du PRADO a par contre significativement augmenté passant de 70,4% en 2016 à 88,7% en 2021. Quasiment toutes les maternités de type IIB proposent cette offre (94,0%). Ce sont essentiellement les établissements de moins de 2000 accouchements annuels qui ont renforcé cette offre, passant par exemple de 56,1% en 2016 à 88,2% en 2021 pour les maternités de moins de 500 accouchements par an (Tableau 100b).
Les visites à domicile par une sage-femme de la maternité restent assez peu développées et stables entre 2016 et 2021 ; 4,0% des maternités proposent cette offre en 2021.

Les visites à domicile par une sage-femme de la PMI ou une puéricultrice de la PMI ont en revanche, augmenté significativement passant de 65,8% en 2016 à 82,1% en 2021. Cette augmentation concerne tous les types et toutes les tailles d'établissement.
Les autres modes d'accompagnement à domicile diminuent significativement entre les deux éditions, passant de 22,5% en 2016 à 15,0% en 2021. Ce sont principalement les maternités de moins de 500 accouchements annuels qui ont diminué cette possibilité passant de 30,8% en 2016 à 12,2% en 2021 et les établissements réalisant entre 2000 et moins de 3500 accouchements par an, passant de 28,6% à 13,5%. Seules les maternités de plus de 3500 accouchements par an ont élargi ces modalités d'accompagnement passant de 11,5% en 2016 à 16,0% en 2021.

IV-6-4 Les liens ville-maternité

En 2021, les maternités déclarent plus souvent remettre une fiche de liaison maternité/ville de manière systématique, passant de 62,0% en 2016 à 89,2% en 2021 (Tableau 100a). Cette augmentation concerne tous les établissements quels que soient le type et la taille ; 96,0% des maternités de plus de 3500 accouchements annuels déclarent remettre une fiche de liaison (Tableau 100b).

En revanche, la remise des coordonnées d'un professionnel de la maternité qui peut être contacté directement par la ville en cas de besoin reste stable depuis 2016, autour de 62%. Les petites maternités ont renforcé cette possibilité, passant de 68,6% en 2016 à 84,8% en 2021.

IV-7 Les maisons de Naissance

En 2021, on dénombre 6 maisons de naissances en métropole. Du fait de leur fonctionnement particulier, elles font l'objet d'une description spécifique. En effet, elles sont autorisées dans le cadre d'une expérimentation, suite au décret n° 2015-937 du 30 juillet 2015, relatif aux conditions d'expérimentation des maisons de naissance en France et pérennisées par le décret n°2021-1526 du 26 novembre 2021 relatif aux maisons de naissance (JORF, 2015 et 2021). Elles accueillent les femmes enceintes en situation de bas risque obstétrical pour le suivi de grossesse, la préparation à la naissance à la parentalité et lors de leur accouchement et du post-partum immédiat. Elles sont obligatoirement contiguës à une maternité en mesure de prendre en charge immédiatement toute complication maternelle et/ou fœtale/néonatale, appelée « établissement partenaire ». Ainsi, elles ne disposent pas d'un type d'autorisation en obstétrique. La prise en charge des parturientes est assurée exclusivement par les sages-femmes. Elles assurent un suivi global des femmes. Ainsi au regard de ce fonctionnement, seuls les items pertinents du questionnaire « Etablissement » de l'ENP 2021 ont été retenus pour être analysés.

IV-7-1 L'organisation des maisons des naissances

Les six maisons naissance ont déclaré avoir réalisé en 2020 entre 53 et 117 accouchements (Tableau 101).

Les maisons de naissance refusent l'inscription des femmes à bas risque résidant loin de leur structure compte tenu de leur fonctionnement. En effet, les sages-femmes assurent un suivi global en se rendant aux domiciles des femmes dans les heures et les jours qui suivent l'accouchement. Ainsi, pour assurer la sécurité du suivi, les femmes ne doivent pas résider loin de la maison de naissance.

La présence des sages-femmes le jour en semaine ou en week-end ou la nuit en semaine au sein des maisons de naissance est variable (Tableau 101). En effet, dans certaines maisons de naissance, aucune sage-femme n'est présente constamment ; dans d'autres, 2 sages-femmes sont présentes en permanence. Le nombre de sages-femmes d'astreinte varie de 0 à 3. Ainsi, dans certaines maisons de naissance, le fonctionnement privilégié est le système d'astreinte, tandis que dans d'autres, une présence continue est assurée.

Aucune sage-femme intérimaire n'est sollicitée puisqu'une continuité des soins est assurée par l'ensemble des sages-femmes de la maison de naissance.

IV-7-2 L'offre de soins en prénatal

Cinq maisons de naissance sur six sont équipées pour accueillir les femmes à mobilité réduite (Tableau 101).

Le dossier médical est à la fois papier et informatisé dans 3 maisons de naissance et uniquement papier dans 2. Ainsi, le papier conserve une place prépondérante au sein de ce type de structure.

Aucune structure n'a mis en place de dépistage systématique de l'infection au coronavirus à l'accouchement.

Quatre maisons de naissance ont accès à un psychologue, 2 à un psychiatre et 2 à un pédopsychiatre.

Les maisons de naissance ont recours à une consultation spécialisée avec un référent extérieur : 4 en tabacologie, 3 en alcoologie, 2 en addictologie et 4 en nutrition.

Aucune maison de naissance ne déclare avoir accès à une assistante sociale.

Deux structures informent systématiquement les femmes sur les rôles et les moyens de contacter la PMI.

IV-7-3 L'organisation de la salle de naissance

Cinq maisons de naissance proposent systématiquement la rédaction d'un projet de naissance aux femmes suivies au sein de ces structures ; une le propose souvent (Tableau 102).

Toutes les maisons de naissance déclarent disposer d'espace physiologique. Ces structures ont entre 2 et 4 salles à leur disposition.

Toutes les maisons de naissance disposent d'au moins une baignoire et autorisent les naissances dans l'eau.

IV-7-4 L'allaitement

Quatre maisons de naissance informent les femmes sur la possibilité du don de lait (Tableau 102).

Cinq structures déclarent disposer d'une référente en allaitement maternel. Quatre déclarent que la référente a une formation spécifique en allaitement maternel, qu'elle consacre un temps partiel de son activité à l'encadrement de l'allaitement maternel et qu'elle anime des réunions d'équipe pour tenter d'harmoniser les pratiques. Trois maisons de naissance déclarent que les femmes peuvent contacter la référente après la sortie, qui est à considérer comme la fin du suivi global (environ 12 jours post-partum) pour les maisons de naissance.

IV-7-5 Les dépistages

Concernant les examens de dépistage des enfants, 5 maisons de naissance ont un protocole de dépistage de la surdité néonatale mais seule une sur deux a développé un protocole de rattrapage en cas de non réalisation de l'examen initial (Tableau 102).

Le test de dépistage sanguin néonatal est systématiquement réalisé à domicile par la sage-femme de la maison de naissance dans le cadre du fonctionnement du suivi en maison de naissance.

Seules 2 maisons de naissance déclarent remettre une fiche de liaison aux femmes.

Partie V

LES DÉPARTEMENTS ET RÉGIONS D'OUTRE-MER

Les tableaux 103 à 109 présentent un résumé des résultats de l'enquête en maternité des extensions (y compris la semaine ENP) dans les départements d'outre-mer et à Saint-Martin (collectivité d'outre-mer), parmi les naissances vivantes. Les données concernant la Guyane se limitent à la semaine nationale.

Les extensions dans les DROM ont été réalisé sous la responsabilité de Santé publique France. Le protocole d'inclusion et l'ensemble des résultats seront décrits dans les rapports spécifiques aux extensions, incluant les issues particulières de grossesse (IMG, mort-fœtale et accouchement sous le secret). En Guyane, au sein d'un établissement, des médiateurs ont été sollicités pour traduire les entretiens. A Mayotte, des binômes enquêtrices et traductrices étaient systématiquement prévus pour favoriser les inclusions des femmes. Le suivi à deux mois n'a pas été proposé sur ce territoire en raison des difficultés de contact des femmes à distance de l'accouchement. Par ailleurs, les questionnaires Naissance et deux mois (uniquement avec un télé-enquêteur au téléphone) étaient disponibles en langue anglaise et espagnole pour Saint-Martin.

V-1 Etablissements

Le tableau 103 présente les caractéristiques des établissements.

Quatre établissements sont présents en Guadeloupe et une maison de naissance. Des types I, IIB et III peuvent accueillir les femmes. Les maternités réalisent au maximum 2000 accouchements par an.

Saint-Martin dispose d'un centre hospitalier de type IIB réalisant moins de 1000 accouchements.

En Martinique, trois établissements sont présents : deux CHU/CHR et un établissement privé ; deux niveaux I et un niveau III ; deux de moins de 1000 accouchements et un de 2000 à 3499 accouchements par an.

En Guyane, il n'y a pas d'établissement universitaire. Trois centres hospitaliers sont présents sur le territoire et un établissement privé. Tous les types sont représentés. Deux maternités réalisent moins de 1000 accouchements annuels et deux en réalisent plus de 2000.

La Réunion est le département qui dispose du plus grand nombre d'établissements (7 maternités et une maison de naissance). Tous les types et toutes les tailles de maternités sont représentés sur l'île.

Mayotte ne comptabilise qu'un seul établissement de type IIB réalisant plus de 3500 accouchements. Les quatre centres périphériques sont rattachés à cette maternité.

V-2 Participation

En Guadeloupe, 678 femmes (690 naissances) ont été incluses au cours des 9 semaines de terrain d'enquête. Parmi les 672 femmes ayant donné naissance à un enfant vivant, 83% ont un questionnaire complet (entretien et données du dossier médical). Plus de 75% des femmes ont accepté d'être recontactées à deux mois et environ 54% des femmes éligibles à la naissance ont répondu au questionnaire à deux mois (Tableau 104).

A Saint-Martin, 92 femmes (93 naissances) ont été incluses au cours des 9 semaines de terrain d'enquête Parmi les 91 femmes ayant donné naissance à un enfant vivant, 72 ont un questionnaire complet soit 79%. Toutes ces femmes ont accepté le suivi à deux mois et 45 y ont répondu soit 49,5% des femmes éligibles.

En Martinique, 825 femmes (834 naissances) ont été incluses au cours des 14 semaines de terrain d'enquête. Parmi les 811 femmes ayant donné naissance à un enfant vivant, 710 ont un questionnaire complet soit plus de 87%. Près de 80% des femmes éligibles ont accepté le suivi à deux mois et 53% y ont répondu.

En Guyane, 130 femmes (133 naissances) ont accouché du 14 au 21 Mars 2021. Parmi les 128 femmes ayant donné naissance à un enfant vivant, 93 ont un questionnaire complet soit environ 73%. Des données sont disponibles pour toutes les naissances vivantes. Concernant le suivi à deux mois, environ 63% des femmes éligibles ont accepté d'être recontactées. Finalement, seules 30,5% des femmes éligibles à la naissance ont répondu à ce questionnaire de suivi.

A La Réunion, 1 115 femmes (1 130 naissances) ont été incluses au cours des 4 semaines de terrain d'enquête. Parmi les 1 105 femmes ayant donné naissance à un enfant vivant, 85% ont un questionnaire complet. 76,6% des femmes éligibles ont accepté le suivi à deux mois et près de 52% ont répondu à ce questionnaire de suivi.

A Mayotte, 1 000 femmes (1 009 naissances) ont été incluses au cours des 6 semaines de terrain d'enquête. Parmi les 982 femmes ayant donné naissance à un enfant vivant, 92,5% ont un questionnaire complet.

Tous départements confondus, le motif principal de l'absence d'entretien est le refus.

V-3 Guadeloupe

Les résultats présentés sont issus du tableau 104.

V-3-1 Caractéristiques des femmes

L'âge maternel moyen des femmes incluses en Guadeloupe est comparable à celui des femmes incluses en métropole (31,4 ans versus 30,9 ans).

Le pourcentage de femmes ayant un niveau supérieur au baccalauréat est plus faible qu'en métropole (45,6% versus 59,4%).

La part des femmes déclarant un revenu mensuel inférieur à 1000 euros net est quatre fois plus élevée en Guadeloupe qu'en métropole (33,5% versus 7,5%).

V-3-2 Suivi de grossesse et accouchement

Le professionnel principalement responsable du suivi est un gynécologue-obstétricien (50,9% versus 51,5% en métropole). La part des sages-femmes assurant principalement le suivi de grossesse est plus faible en Guadeloupe (27,8% versus 39,0% en métropole).

L'entretien prénatal précoce est autant réalisé qu'en métropole (37,9%). En revanche, les sages-femmes libérales en ville en réalisent plus de 70,3% contre 58,2% en métropole.

Les pratiques médicales liées à l'accouchement sont comparables à la métropole : le taux de déclenchement est de 24,0% ; le taux de césarienne de 17,3%. L'effectif est trop faible pour présenter le taux d'épisiotomie.

Le taux de prématurité est de 10,2% versus 7,0% en métropole.

Environ 53% des femmes pratiquent un allaitement maternel exclusif, ce qui est comparable avec la métropole.

V-4 Saint-Martin

Les résultats présentés sont issus du tableau 105.

V-4-1 Caractéristiques des femmes

L'âge moyen des femmes incluses à Saint-Martin est comparable à celui de la métropole (30,3 ans versus 30,9 ans).

Le taux de femmes ayant un niveau supérieur au baccalauréat est également comparable avec celui de la métropole (50,0% versus 59,4%).

Il existe une différence significative de revenus mensuels entre Saint-Martin et la métropole : 30,4% des femmes déclarent un revenu mensuel net inférieur à 1000 euros contre 7,5% en métropole.

V-4-2 Suivi de grossesse et accouchement

Tout comme en métropole, le principal professionnel responsable du suivi de grossesse est un gynécologue-obstétricien (46,5%).

Le taux de déclenchement est de 22,0% versus 25,8% en métropole. Le taux de césarienne est 30,1% versus 21,4% en métropole.

Le taux d'allaitement maternel est comparable à celui de la métropole, puisque 61,0% des femmes à Saint-Martin pratiquent un allaitement maternel exclusif.

Les effectifs sont insuffisants pour présenter les données relatives à l'entretien prénatal précoce, l'épisiotomie et la prématurité.

V-5 Martinique

Les résultats présentés sont issus du tableau 106.

V-5-1 Caractéristiques des femmes

L'âge maternel moyen des femmes incluses en Martinique est comparable à celui des femmes incluses en métropole (31,0 ans versus 30,9 ans).

Le pourcentage de femmes ayant un niveau supérieur au baccalauréat est comparable à celui de la métropole (53,9% versus 59,4%).

La part des femmes déclarant un revenu mensuel inférieur à 1000 euros est significativement plus élevée en Martinique qu'en métropole (25,1% versus 7,5%).

V-5-2 Suivi de grossesse et accouchement

Le professionnel principalement responsable du suivi est à part quasiment égale un gynécologue-obstétricien (43,3%) ou une sage-femme (42,1%) en Martinique, contrairement à la métropole où le gynécologue-obstétricien reste le principal acteur du suivi (51,5%).

L'entretien prénatal précoce est autant réalisé qu'en métropole (36,4%). Par contre, les sages-femmes libérales en ville et/ou de PMI et les gynécologues-obstétriciens sont plus impliqués dans la réalisation qu'en métropole (près de 80% versus 66,1%).

Les femmes incluses en Martinique sont autant déclenchées qu'en métropole (29,7% versus 25,8%), ont autant de césariennes (19,0% versus 21,4%) et d'épisiotomies (5,5% versus 8,3%).

Le taux de prématurité est de 8,6% en Martinique, ce qui est comparable avec la métropole (7,0%).

Les femmes sont 76,6% a pratiqué un allaitement maternel exclusif, soit 20% de plus qu'en métropole. Cette différence est significative.

V-6 Guyane

La Guyane n'a pas bénéficié d'une extension.

Les résultats présentés sont issus du tableau 107.

V-6-1 Caractéristiques des femmes

Les femmes incluses en Guyane sont légèrement plus jeunes que les femmes incluses en métropole. L'âge moyen est de 28 ans contre près de 31 ans en métropole.

Le pourcentage de femmes ayant un niveau supérieur au baccalauréat est de 17,2% contre 59,4% en métropole.

Près de la moitié des femmes déclare un revenu mensuel net inférieur à 1000 euros.

V-6-2 Suivi de grossesse et accouchement

Le professionnel principalement responsable du suivi est la sage-femme (53,9% versus 39,0% en métropole).

L'entretien prénatal précoce est peu réalisé : seul 16,1% des femmes déclarent en avoir bénéficié contre 36,5% des femmes en métropole.

Les taux de déclenchement (27,3%) et de césarienne (22,9%) sont comparables à la métropole.

Le taux de prématurité est plus de deux fois plus élevé en Guyane qu'en métropole et concerne 16,0% des naissances. Toutefois, bien que cette différence de taux soit significative, au regard du faible nombre de naissances concernées, ce pourcentage doit être interprété avec vigilance et nécessiterait des investigations complémentaires.

Les femmes sont 53,8% à pratiquer un allaitement maternel exclusif, soit autant qu'en métropole.

Les effectifs sont insuffisants pour présenter les données relatives au professionnel ayant réalisé l'entretien prénatal précoce et l'épisiotomie.

V-7 La Réunion

Les résultats présentés sont issus du tableau 108.

V-7-1 Caractéristiques des femmes

Les femmes incluses à La Réunion sont légèrement plus jeunes que les femmes incluses en métropole. L'âge moyen est de 29,7 ans contre près de 31 ans en métropole.

Les femmes ayant un niveau supérieur au baccalauréat sont moins nombreuses (39,5% à La Réunion versus 59,4% en métropole).

Un quart des femmes déclarent un revenu mensuel net inférieur à 1000 euros contre 7,5% en métropole.

V-7-2 Suivi de grossesse et accouchement

Le professionnel principalement responsable du suivi est le gynécologue-obstétricien (61,8%) soit 10 points de plus qu'en métropole.

L'entretien prénatal précoce est plus fréquemment réalisé. Environ la moitié des femmes déclarent en avoir bénéficié contre 36,5% des femmes en métropole. Ce sont essentiellement les sages-femmes libérales de ville qui le réalisent (79,1%).

Les femmes incluses à La Réunion sont moins souvent déclenchées qu'en métropole (20,9% versus 25,8%), ont autant de césariennes (21,5% versus 21,4%) et quasiment deux fois moins d'épisiotomie (4,7% versus 8,3%).

Le taux de prématurité est comparable à la métropole et concerne 8,7% des naissances.

Le taux d'allaitement maternel exclusif (57 ,7%) est comparable à celui observé en métropole.

V-8 Mayotte

Les résultats présentés sont issus du tableau 109.

V-8-1 Caractéristiques des femmes

Les femmes incluses à Mayotte sont plus jeunes que les femmes incluses en métropole. L'âge moyen est de 28,2 ans contre près de 31 ans en métropole.

Les femmes ayant un niveau supérieur au baccalauréat sont 13,7% à Mayotte contre près de 60% en métropole.

Les femmes sont 60% à déclarer un revenu mensuel net inférieur à 1000 euros contre 7,5% en métropole.

V-8-2 Suivi de grossesse et accouchement

A Mayotte, la PMI est l'acteur principal du suivi de grossesse, incluse dans la catégorie « autre situation» du tableau. Très peu de gynécologues-obstétriciens sont en charge du suivi de grossesse (1,2%).

L'entretien prénatal précoce est rarement réalisé : seul 1,8% des femmes déclarent avoir bénéficié de cet entretien.

Les actes médicaux sont significativement moins réalisés à Mayotte qu'en métropole. En effet, 11,0% des femmes sont déclenchées, 13,6% ont une césarienne et 1,7% une épisiotomie.

Le taux de prématurité est plus élevé à Mayotte qu'en métropole et concerne près de 10% des naissances.

Les femmes sont 80,5% à pratiquer un allaitement maternel exclusif, soit un quart de plus qu'en métropole.

Partie VI

LES TABLEAUX ET FIGURES DE L'ENP 2021

Tableau 1 Effectifs de l'échantillon

	Métropole	DROM [1]	Ensemble
Départements	96	5	101
Maternités [2]	453	19	472
Maisons de naissance	6	2	8
Femmes	12 723	681	13 404
Naissances	12 939	692	13 631
Uniques	12 510	670	13 180
Gémellaires	420	22	442
Triples	9	0	9
Enfants	12 939	692	13 631
Nés vivants	12 828	686	13 514
Mort-nés	63	5	68
Interruptions médicales de grossesse	48	1	49

(1) Départements et régions d'Outre-Mer
(2) Non compris en métropole 3 maternités (ayant refusé de participer) représentant 80 naissances.
Le nombre total de maternités (y compris les maisons de naissance et les 3 refus de participation) en 2021 est ainsi égal 483 (dont 462 en métropole).

Figure 1 Participation à l'Enquête Nationale Périnatale 2021

(France métropolitaine)

Tableau 2

Comparaison des caractéristiques des femmes, des accouchements et des nouveau-nés avec les données du PMSI [1]

(France métropolitaine)

	PMSI				ENP2021 [3]		
	Semaine ENP [2]		Année 2021				
	n	%	n	%	n	%	IC à 95%
Femmes	12 703		693 154		12 617		
Naissances	12 915 [4]		704 382 [4]		12 832		
Statut de la maternité [5]							
Public ou ESPIC [6]	9 973	78,5	544 464	78,5	9 905	78,5	77,8 - 79,2
Privé	2 730	21,5	148 639	21,4	2 712	21,5	20,8 - 22,2
Autre [7]			51				
Age maternel [5]							
< 15 ans	-		101		-		
15-19	163	1,3	9 972	1,4	167	1,3	1,1 - 1,5
20-24	1 343	10,6	72 962	10,5	1 306	10,4	9,8 - 10,9
25-29	3 628	28,6	193 802	28,0	3 569	28,3	27,5 - 29,1
30-34	4 458	35,1	247 020	35,6	4 463	35,4	34,6 - 36,2
35-39	2 418	19,0	134 468	19,4	2 421	19,2	18,5 - 19,9
≥ 40	693	5,5	34 829	5,0	684	5,4	5,0 - 5,8
Age gestationnel [5]							
22-31 SA	201	1,6	10 311	1,5	207	1,7	1,4 - 1,9
32-36	625	4,9	35 451	5,1	672	5,3	5,0 - 5,7
37-44	11 877	93,5	647 392	93,4	11 689	93,0	92,5 - 93,4
Poids de naissance [8]							
< 1500 grammes	153	1,2	7 289	1,0	147	1,2	1,0 - 1,4
1500-1999	173	1,4	9 566	1,4	175	1,4	1,2 - 1,6
2000-2499	573	4,5	32 385	4,6	575	4,6	4,2 - 5,0
2500-2999	2 447	19,3	132 797	19,0	2 420	19,3	18,7 - 20,0
3000-3499	5 056	39,8	282 199	40,4	4 922	39,4	38,5 - 40,2
3500-3999	3 479	27,4	187 225	26,8	3 379	27,0	26,2 - 27,8
≥ 4000	900	7,1	47 369	6,8	888	7,1	6,7 - 7,6
Grossesse multiple [5]	210	1,7	11 044	1,6	212	1,7	1,5 - 1,9
Mortinatalité [5]	98	0,8	5 865	0,8	98	0,8	0,6 - 0,9
dont IMG	45	0,4	2 405	0,3	43	0,3	0,2 - 0,5
dont mort fœtale in utero	53	0,4	3 460	0,5	55	0,4	0,3 - 0,6
Accouchement par césarienne [9]	2 631	20,9	144 184	20,9	2 628	21,0	20,3 - 21,7
Statut vital enfant [10]							
Unique vivant	12 401	96,0	676 696	96,1	12 311	95,9	95,6 - 96,3
Unique mort né	92	0,7	5 414	0,8	94	0,7	0,6 - 0,9
Jumeaux vivants	408	3,2	21 162	3,0	404	3,1	2,8 - 3,5
Jumeaux mort-nés	8	0,1	560	0,1	14	0,1	0,06 - 0,2
Multiples vivants	6		510	0,1	9		
Multiples mort-nés	0		40		0		

(1) Programme médicalisé des systèmes d'information
(2) Après exclusion des 3 maternités non participantes à l'ENP et des femmes de moins de 15 ans
(3) Non compris 91 femmes avec refus de participation à l'ENP et 10 femmes ayant accouché en maisons de naissance
(4) Naissances estimées d'après le séjour des mères
(5) Rapporté au nombre de femmes
(6) ESPIC=Etablissement de santé privé d'intérêt collectif
(7) Accouchements en milieu hospitalier hors maternité
(8) Rapporté aux naissances vivantes (d'après le séjour des enfants pour le PMSI)
(9) Rapporté au nombre de femmes parmi les naissances vivantes
(10) Rapporté au nombre de naissances

Tableau 3 Caractéristiques socio-démographiques des femmes

(Naissances vivantes en France métropolitaine)

	2016		2021		
	%	p	n	%	IC à 95 %
Âge de la femme [1,2]					
15-17 ans	-	<,0001	22	0,2	0,1 - 0,3
18-19	1,5		129	1,1	0,9 - 1,3
20-24	11,9		1 242	10,3	9,7 - 10,8
25-29	31,5		3 408	28,2	27,4 - 29,0
30-34	34,0		4 312	35,7	34,8 - 36,6
35-39	17,2		2 314	19,1	18,5 - 19,9
≥ 40	3,9		655	5,4	5,0 - 5,8
	(12 547)		(12 082)		
Moyenne ± écart-type [1]	30,4 ± 5,2		30,9 ± 5,3		
Statut marital [1,3]					
Mariée	40,6	<,0001	4 145	38,2	37,3 - 39,1
Pacsée	18,1		2 422	22,3	21,6 - 23,1
Célibataire	41,3		4 278	39,5	38,5 - 40,4
	(11 716)		(10 845)		
Vie en couple [1,3]					
Oui, dans le même logement	91,6	0,1846	10 084	92,1	91,6 - 92,6
Oui, dans des logements différents	3,2		304	2,8	2,5 - 3,1
Non	5,2		561	5,1	4,7 - 5,6
	(11 739)		(10 949)		
Genre du partenaire [1,3]					
Homme	-		9 705	99,5	99,4 - 99,7
Femme	-		44	0,5	0,3 - 0,6
			(9 749)		
Logement en fin de grossesse [1]					
Logement personnel	93,9	<,0001	10 251	93,7	93,3 - 94,2
Famille, amis	5,2		497	4,6	4,2 - 5,0
Foyer d'accueil, hôtel	0,8		164	1,5	1,3 - 1,8
Autre	0,1		23	0,2	0,1 - 0,3
	(11 745)		(10 935)		

(1) Rapporté au nombre de femmes
(2) Femmes mineures non incluses en 2016
(3) Caractéristiques du partenaire présentées dans le tableau 66

Tableau 4

Niveau d'études et origine des femmes

(Naissances vivantes en France métropolitaine)

	2016		2021		
	%	p	n	%	IC à 95 %
Nationalité [1]					
Française	85,9	0,0003	9 211	84,2	83,4 - 84,8
Autre pays d'Europe	3,5		407	3,7	3,4 - 4,1
Afrique du Nord	5,0		595	5,4	5,0 - 5,9
Autre pays d'Afrique	3,5		496	4,5	4,2 - 4,9
Autre nationalité	2,1		240	2,2	1,9 - 2,5
	(11 737)		(10 949)		
Pays de naissance [1]					
France	81,4	<,0001	8 585	79,0	78,3 - 79,8
Autre pays d'Europe	3,9		440	4,1	3,7 - 4,4
Afrique du Nord	7,0		807	7,4	6,9 - 7,9
Autre pays d'Afrique	4,7		675	6,2	5,8 - 6,7
Autre pays de naissance	3,0		354	3,3	2,9 - 3,6
	(11 763)		(10 861)		
Délai entre l'arrivée en France et l'accouchement [1,2]					
≤ 1 an	11,5	<,0001	130	6,1	5,1 - 7,2
2 à 5	28,1		678	31,7	29,8 - 33,8
6 à 9	19,0		463	21,7	20,0 - 23,5
≥ 10	41,4		865	40,5	38,4 - 42,6
	(2 004)		(2 136)		
Niveau d'études [1]					
Non scolarisée, primaire	1,6	<,0001	182	1,7	1,4 - 1,9
Collège (6ème à 3ème)	6,2		574	5,3	4,8 - 5,7
Enseignement professionnel, court	15,1		1 313	12,0	11,4 - 12,6
Lycée, enseignement général	8,7		943	8,6	8,1 - 9,2
Lycée, enseignement technologique	2,9		256	2,3	2,1 - 2,6
Lycée, enseignement professionnel	10,1		1 171	10,7	10,1 - 11,3
Baccalauréat + 1 ou 2 ans	19,3		2 023	18,5	17,8 - 19,2
Baccalauréat + 3 ou 4 ans	18,2		2 035	18,6	17,9 - 19,3
Baccalauréat + 5 ans et plus	17,9		2 443	22,3	21,6 - 23,1
	(11 663)		(10 940)		

(1) Rapporté au nombre de femmes
(2) Pour les femmes nées à l'étranger et vivant en France, délai calculé à partir de l'année d'arrivée en France

Tableau 5 Activité et catégorie professionnelle des femmes

(Naissances vivantes en France métropolitaine)

	2016		2021		
	%	p	n	%	IC à 95 %
Profession de la femme [1,2,3]					
Agricultrice exploitante	0,3	<,0001	38	0,4	0,3 - 0,5
Artisane, commerçante et cheffe d'entreprise	3,1		359	3,4	3,0 - 3,7
Cadre et profession intellectuelle supérieure	10,3		1 896	17,8	17,1 - 18,6
Profession intermédiaire	32,9		2 785	26,2	25,3 - 27,0
Employée	39,4		3 814	35,8	34,9 - 36,7
Ouvrière	6,2		658	6,2	5,7 - 6,7
Sans profession	7,7		1 097	10,3	9,7 - 10,9
	(11 318)		(10 647)		
Situation de la femme en fin de grossesse [1,4]					
En activité	68,1	<,0001	7 293	67,9	67,0 - 68,8
Au chômage	16,8		1 392	13,0	12,3 - 13,6
Etudiante	2,1		144	1,3	1,1 - 1,6
Femme au foyer	12,1		1 542	14,4	13,7 - 15,0
Autre situation	0,9		368	3,4	3,1 - 3,8
	(11 499)		(10 739)		
Exercice d'un emploi pendant la grossesse [1]					
Oui	70,8	0,0945	7 636	69,8	68,9 - 70,7
Non	29,2		3 305	30,2	29,4 - 31,1
	(11 736)		(10 941)		
Quotité du temps de travail [1]					
Temps plein	78,5	<,0001	5 200	82,7	81,7 - 83,6
De 80 à 99%			630	10,0	9,3 - 10,8
De 50 à 79%	21,5		341	5,4	4,9 - 6,0
Moins de 50%			118	1,9	1,6 - 2,2
	(8 133)		(6 289)		
Âge gestationnel à l'arrêt de l'activité professionnelle [1]					
≤ 14 SA	9,0	<,0001	790	10,5	9,8 - 11,2
15-22	15,8		1 495	19,8	19,0 - 20,8
23-28	23,3		1 679	22,3	21,4 - 23,3
29-32	22,7		1 385	18,4	17,5 - 19,3
≥ 33	29,2		2 182	29,0	28,0 - 30,0
	(7 721)		(7 531)		

(1) Rapporté au nombre de femmes
(2) Codage automatisée de la profession à partir du programme SICORE (sytème informatisé du codage des réponses aux enquêtes) de l'INSEE
(3) Profession actuelle ou de la dernière exercée
(4) En activité inclut arrêt de travail, arrêt maladie, chômage partiel à cause de la crise sanitaire ;
Autre situation : inclut congé parental, congé sans solde
En 2016, le congé parental était inclus dans la modalité de réponse "en activité"

Tableau 6

Ressources du ménage et couverture sociale des femmes

(Naissances vivantes en France métropolitaine)

	2016		2021		
	%	p	n	%	IC à 95 %
Revenus du ménage liés à une activité professionnelle (1)					
Oui	91,1	<,0001	9 779	89,5	88,9 - 90,1
Non	8,9		1 144	10,5	9,9 - 11,1
	(11 709)		(10 923)		
Ressources du ménage (1,2)					
Allocation de retour à l'emploi (chômage)	15,1	<,0001	1 787	16,4	15,7 - 17,1
RSA (Revenu de Solidarité Active)	9,9		751	6,9	6,4 - 7,4
Autres ressources (hors salaires)	2,6		309	2,8	2,5 - 3,2
Salaires (3)	71,8		7 935	72,6	71,8 - 73,5
Aucune ressource	0,6		144	1,3	1,1 - 1,6
	(11 733)		(10 926)		
Montant mensuel des ressources du ménage (1,4)					
< 500 euros	2,0	<,0001	197	1,9	1,6 - 2,2
500-999	7,5		577	5,6	5,1 - 6,0
1000-1499	8,6		814	7,8	7,3 - 8,4
1500-1999	12,7		989	9,5	9,0 - 10,1
2000-2999	27,7		2 434	23,5	22,6 - 24,3
3000-3999	23,4		2 817	27,1	26,3 - 28,0
4000-5999			1 926	18,6	17,8 - 19,3
6000-7999	18,1		440	4,2	3,9 - 4,6
≥ 8000			185	1,8	1,5 - 2,1
	(11 558)		(10 379)		
Couverture sociale en début de grossesse (1,5)					
PUMa (Protection Universelle Maladie)	97,5	<,0001	10 521	96,3	95,9 - 96,6
AME (Aide Médicale d'Etat)	1,1		181	1,7	1,4 - 1,9
Autre couverture	-		114	1,0	0,9 - 1,3
Aucune	1,4		110	1,0	0,8 - 1,2
	(11 744)		(10 926)		
Couverture maladie complémentaire (1,6)					
Mutuelle, assurance privée, institution de	82,1	<,0001	8 910	81,6	80,9 - 82,4
CSS (Complémentaire Santé Solidaire)	9,2		1 237	11,3	10,7 - 11,9
Aucune	8,7		768	7,1	6,6 - 7,5
	(11 672)		(10 915)		

(1) Rapporté au nombre de femmes
(2) Si plusieurs sources de revenu, classement suivant l'ordre présenté ici
(3) Y compris prime d'activité en 2021; classée dans la catégorie "RSA" en 2016
(4) En 2021, revenus après prélèvement à la source ; en 2016, pas de prélèvement à la source
(5) Pour 2016, les modalités "sécurité sociale" et "couverture maladie universelle" ont été regroupées sous le régime de la PUMa
(6) La CSS comprend l'ex-CMU-C (Complémentaire Maladie Universelle Complémentaire et, l'ex-ACS (Aide au paiement de la Complémentaire Santé)

Tableau 7

Précarité et renoncement aux soins

(Naissances vivantes en France métropolitaine)

	2016		2021		
	%	p	n	%	IC à 95 %
Sentiment d'aisance financière (1)					
N'y arrive pas sans faire de dettes	-		248	2,3	2,0 - 2,6
Y arrive difficilement	-		797	7,3	6,9 - 7,8
C'est juste	-		3 460	31,8	31,0 - 32,7
Ca va	-		3 640	33,5	32,6 - 34,4
Plutôt à l'aise	-		2 181	20,1	19,3 - 20,8
Vraiment à l'aise	-		541	5,0	4,6 - 5,4
			(10 867)		
Renoncement aux consultations, examens ou soins dentaires pour raison financière (1)					
Oui	-		310	2,8	2,5 - 3,2
Non	-		10 619	97,2	96,8 - 97,5
			(10 929)		
Indice de précarité (1,2)					
0 (non défavorisé)	78,5	<,0001	9 264	84,5	83,9 - 85,2
1	10,5		1 130	10,3	9,8 - 10,9
2	7,2		424	3,9	3,5 - 4,3
3 (très défavorisé)	3,8		138	1,3	1,1 - 1,5
	(11 763)		(10 956)		

(1) Rapporté au nombre de femmes
(2) Cumul des 4 critères suivants : ne pas vivre en couple, percevoir le RSA, être assurée par l'AME ou ne pas avoir d'assurance sociale, ne pas avoir de logement personnel

Tableau 8

Contraception et traitement de l'infertilité

(Naissances vivantes en France métropolitaine)

	2016		2021		
	%	p	n	%	IC à 95 %
Dernière méthode de contraception utilisée [1,2]					
Aucune	8,3	<,0001	1 290	11,8	11,2 - 12,4
Pilule	62,9		5 750	52,6	51,7 - 53,6
Dispositif intra-utérin	9,5		1 529	14,0	13,4 - 14,7
Implant, patch, anneau vaginal	4,9		557	5,1	4,7 - 5,5
Préservatif masculin	11,1		1 338	12,3	11,6 - 12,9
Retrait	1,9		308	2,8	2,5 - 3,2
Abstinence périodique	1,1		125	1,1	1,0 - 1,4
Autre méthode	0,3		30	0,3	0,2 - 0,4
	(11 730)		(10 927)		
Motif d'arrêt de la contraception [1,2,3]					
Souhait d'avoir un enfant	78,1	<,0001	6 784	70,9	70,0 - 71,8
Etait enceinte (grossesse sous contraception)	9,3		871	9,1	8,5 - 9,7
Arrêt lors de la dernière grossesse			352	3,7	3,3 - 4,1
La méthode ne convenait pas	12,6		1 321	13,8	13,1 - 14,5
Autre motif [4]			239	2,5	2,2 - 2,8
	(10 403)		(9 567)		
Traitement de l'infertilité [1]					
Aucun	93,1	0,0001	10 120	93,3	92,9 - 71,8
Fécondation in vitro	3,2		344	3,2	2,9 - 9,7
Don d'ovocytes	0,1		38	0,4	0,3 - 4,1
Insémination artificielle	1,0		122	1,1	0,9 - 14,5
Induction de l'ovulation	2,6		218	2,0	1,8 - 2,8
	(11 703)		(10 842)		
Consultation en prévision de cette grossesse [1]					
Oui	35,3	<,0001	4 145	37,9	37,0 - 38,8
Non	64,7		6 788	62,1	61,2 - 63,0
	(11 687)		(10 933)		

(1) Rapporté au nombre de femmes
(2) Si plusieurs réponses, sélection selon l'ordre présenté ici
(3) Rapporté au nombre de femmes ayant déjà utilisé une méthode de contraception
(4) Autre = contre-indication médicale, mauvaise tolérance, mauvaise observance

Tableau 9 Contexte psychologique durant la grossesse

(Naissances vivantes en France métropolitaine)

	2016		2021		
	%	p	n	%	IC à 95 %
Réaction à la découverte de la grossesse (1)					
Heureuse d'être enceinte maintenant	72,5	0,1401	7 788	71,4	70,5 - 72,2
Grossesse souhaitée plus tôt	11,8		1 312	12,0	11,4 - 12,7
Grossesse souhaitée plus tard	12,2		1 374	12,6	12,0 - 13,2
Aurait préféré ne pas être enceinte	3,5		436	4,0	3,6 - 4,4
	(11 721)		(10 910)		
État psychologique durant la grossesse (1)					
Bien	67,7	<,0001	6 904	63,2	62,3 - 64,1
Assez bien	22,2		2 668	24,5	23,6 - 25,3
Assez mal	7,3		975	8,9	8,4 - 9,5
Mal	2,8		372	3,4	3,1 - 3,8
	(11 716)		(10 919)		
Vécu de la grossesse					
Au moins 2 semaines consécutives,					
avec le sentiment d'être triste, déprimée, sans espoir (1,2)					
Oui	23,6	0,0004	2 799	25,6	24,8 - 26,5
Non	76,4		8 115	74,4	73,5 - 75,2
	(11 589)		(10 914)		
avec une perte d'intérêt pour la plupart des choses comme les loisirs (1,2)					
Oui	18,2	0,0698	2 083	19,1	18,4 - 19,9
Non	81,8		8 818	80,9	80,1 - 81,6
	(11 560)		(10 901)		
Consultation d'un professionnel pour difficultés psychologiques (1,3)					
Non	93,6	<,0001	9 927	91,1	90,5 - 91,6
Oui, avec un psychiatre	1,2		159	1,5	1,2 - 1,7
Oui, avec un généraliste	-		80	0,7	0,6 - 0,9
Oui, avec un autre médecin	0,5		20	0,2	0,1 - 0,3
Oui, avec un psychologue ou psychotérapeute	4,4		634	5,8	5,4 - 6,3
Oui, avec un autre professionnel	0,3		80	0,7	0,6 - 0,9
	(11 704)		(10 900)		

(1) Rapporté au nombre de femmes
(2) Informations recueillies par auto-questionnaire en 2016
(3) Lorsque plusieurs professionnels, sélection du professionnel dans l'ordre présenté ici

Tableau 10

Poids et taille des femmes

(Naissances vivantes en France métropolitaine)

	2016		2021		
	%	p	n	%	IC à 95 %
Taille [(1)]					
< 150 cm	0,5	0,2330	57	0,5	0,4 - 0,7
150-159	18,4		2 023	18,6	17,9 - 19,4
160-169	57,9		6 261	57,7	56,7 - 58,6
170-179	22,2		2 372	21,8	21,1 - 22,6
≥ 180	1,0		148	1,4	1,2 - 1,6
	(11 661)		(10 861)		
Poids avant la grossesse [(1)]					
< 40 kg	0,2	<,0001	18	0,2	0,1 - 0,3
40-49	8,1		690	6,4	5,9 - 6,9
50-59	32,5		3 135	29,0	28,1 - 29,8
60-69	29,4		3 231	29,8	29,0 - 30,7
70-79	15,6		1 824	16,8	16,2 - 17,6
≥ 80	14,2		1 928	17,8	17,1 - 18,5
	(11 663)		(10 826)		
IMC (Indice de Masse Corporelle) avant la grossesse [(1)]					
< 18,5 kg/m^2	7,4	<,0001	627	5,8	5,4 - 6,3
18,5-24,9	60,8		6 117	56,8	55,8 - 57,7
25,0-29,9	20,0		2 481	23,0	22,2 - 23,8
30,0-34,9	8,1		1 013	9,4	8,9 - 10,0
≥ 35,0	3,7		542	5,0	4,6 - 5,5
	(11 591)		(10 780)		
Prise de poids pendant la grossesse [(1)]					
< 5 kg	6,1	<,0001	831	7,7	7,2 - 8,3
5 à 9	17,9		2 000	18,6	17,9 - 19,4
10 à 12	24,5		2 580	24,0	23,2 - 24,8
13 à 15	23,5		2 390	22,2	21,4 - 23,0
16 à 19	16,7		1 746	16,3	15,5 - 17,0
≥ 20	11,3		1 206	11,2	10,6 - 11,8
	(11 591)		(10 753)		
Moyenne ± écart-type	12,8 ± 5,8		12,5 ± 6,2		

(1) Rapporté au nombre de femmes

Tableau 11

Consommation de tabac et de cannabis

(Naissances vivantes en France métropolitaine)

	2016		2021		
	%	p	n	%	IC à 95 %
Nombre de cigarettes/jour un an avant la grossesse (1,2)					
0	-		7 948	72,9	72,1 - 73,8
1 à 9	-		1 263	11,6	11,0 - 12,2
≥ 10	-		1 688	15,5	14,8 - 16,2
			(10 899)		
Nombre de cigarettes/jour à la connaissance de la grossesse (1,2)					
0	-		8 691	79,6	78,8 - 80,4
1 à 9	-		1 166	10,7	10,1 - 11,3
≥ 10	-		1 061	9,7	9,2 - 10,3
	-		(10 918)		
Nombre de cigarettes/jour au 3ème trimestre de grossesse (1,2)					
0	83,7	<,0001	9 591	87,8	87,2 - 88,4
1 à 9	12,3		1 004	9,2	8,7 - 9,8
≥ 10	4,0		327	3,0	2,7 - 3,3
	(11 722)		(10 922)		
Consommation de cannabis un an avant la grossesse (1,2)					
Oui	-		658	6,0	5,6 - 6,5
Non	-		10 220	94,0	93,5 - 94,4
			(10 878)		
Si oui, fréquence de la consommation mensuelle de cannabis un an avant la grossesse (1,2)					
Moins d'une fois	-		317	50,7	46,7 - 54,7
1 à 2 fois	-		82	13,1	10,6 - 16,0
3 à 5 fois	-		54	8,7	6,6 - 11,1
6 à 9 fois	-		20	3,2	2,0 - 4,9
Au moins 10 fois	-		152	24,3	21,0 - 27,9
			(625)		
Consommation de cannabis pendant la grossesse (1,2)					
Oui	2,1	<,0001	115	1,1	0,9 - 1,3
Non	97,9		10 718	98,9	98,7 - 99,1
	(11 570)		(10 833)		
Si oui, fréquence de consommation mensuelle de cannabis pendant la grossesse (1,2)					
Moins d'une fois	42,1	0,0227	34	30,3	22,0 - 39,8
1 à 2 fois	14,6		14	12,5	7,0 - 20,1
3 à 5 fois	19,5		18	16,1	9,8 - 24,2
Au moins 6 fois	23,8		46	41,1	31,9 - 50,8
	(164)		(112)		

(1) Rapporté au nombre de femmes
(2) Informations recueillies par auto-questionnaire en 2016

Tableau 12

Consommation d'alcool

(Naissances vivantes en France métropolitaine)

	2016		2021		
	%	p	n	%	IC à 95 %
Un an avant la grossesse					
Consommation d'alcool [1,2,3]					
Jamais	42,5	-	4 312	39,5	38,6 - 40,4
< 1 fois / mois	24,2		2 456	22,5	21,7 - 23,3
2 à 4 fois / mois	25,2		3 039	27,8	27,0 - 28,7
2 à 3 fois / semaine	6,5		913	8,3	7,9 - 8,9
Au moins 4 fois / semaine	1,2		138	1,3	1,1 - 1,5
Tous les jours	0,3		66	0,6	0,5 - 0,8
	(11 614)		(10 924)		
Si oui, nombre de verres hebdomadaire [1]					
Moins d'un verre	-		1 864	28,7	27,6 - 29,8
1 à 4	-		4 119	63,5	62,3 - 64,7
5 à 10	-		435	6,7	6,1 - 7,3
11 à 13	-		48	0,7	0,6 - 1,0
14 ou plus	-		23	0,4	0,2 - 0,5
			(6 489)		
Depuis la connaissance de la grossesse					
Consommation d'alcool [1,3,4]					
Jamais	93,1	-	10 575	96,9	96,6 - 97,2
< 1 fois / mois	6,0		283	2,6	2,3 - 2,9
2 à 4 fois / mois	0,8		36	0,3	0,2 - 0,5
Au moins 1 fois par semaine	0,1		20	0,2	0,1 - 0,3
	(11 352)		(10 914)		
Au cours d'une semaine de consommation d'alcool, nombre de verres hebdomadaire [1,3]					
Moins d'un verre	84,3	-	269	81,3	76,6 - 85,3
Au moins un verre	15,7		62	18,7	14,7 - 23,4
	(762)		(331)		
Consommation ≥ 3 verres en une même occasion [1,3,4]					
Jamais	85,8	-	286	87,5	83,4 - 90,9
Au moins 1 fois pendant la grossesse	14,2		41	12,5	9,2 - 16,6
	(765)		(327)		

(1) Rapporté au nombre de femmes, données collectées par auto-questionnaire en 2016
(2) Formulation des questions différentes (pour 2016 questions posées sur la période "avant votre grossesse")
(3) Informations recueillies par auto-questionnaire en 2016
(4) Formulation des questions différentes (pour 2016 questions posées sur la période "pendant votre grossesse")

Tableau 13

Attention portée à la consommation de tabac et d'alcool par les professionnels pendant le suivi de grossesse

(Naissances vivantes en France métropolitaine)

	2016		2021		
	%	p	n	%	IC à 95 %
Question posée sur la consommation de tabac (1)					
Oui	79,8	<,0001	10 044	91,9	91,4 - 92,5
Non	20,2		674	6,2	5,7 - 6,6
Ne sait pas	-		205	1,9	1,6 - 2,2
	(11 733)		(10 923)		
Si oui, recommandations données par le professionnel (1,2)					
Pas de recommandations, car non fumeuse	69,6	-	6 943	77,5	76,6 - 78,3
Pas de conseils reçus	16,3		395	4,4	4,0 - 4,9
Conseils pour arrêter	14,1		645	7,2	6,7 - 7,8
Conseils pour diminuer	-		656	7,3	6,8 - 7,9
Possibilité de fumer occasionnellement	-		257	2,9	2,5 - 3,2
Ne sait pas	-		66	0,7	0,6 - 0,9
	(10 286)		(8 962)		
Question posée sur la consommation d'alcool (1)					
Oui	67,1	<,0001	8 067	73,9	73,1 - 74,7
Non	32,9		2 469	22,6	21,8 - 23,4
Ne sait pas	-		378	3,5	3,1 - 3,8
	(11 726)		(10 914)		
Conseils donnés par le professionnel (1,2)					
Pas de conseils reçus	70,7	-	4 448	42,7	41,7 - 43,6
Conseils pour ne pas boire du tout	29,3		2 278	21,9	21,1 - 22,7
Conseils pour diminuer	-		13	0,1	0,1 - 0,2
Possibilité de boire occasionnellement	-		70	0,7	0,5 - 0,9
Ne boit jamais	-		3 372	32,3	31,5 - 33,3
Ne sait pas	-		242	2,3	2,0 - 2,6
	(11 597)		(10 423)		

(1) Rapporté au nombre de femmes

(2) Formulation des questions différentes entre 2016 et 2021

Tableau 14

Soutien et accompagnement des femmes pendant la grossesse *(partie 1)*

(Naissances vivantes en France métropolitaine)

	2016		2021		
	%	p	n	%	IC à 95 %
Soutien de l'entourage pendant la grossesse (1)					
Très bien entourée	-		6 857	62,8	61,9 - 63,7
Bien entourée	-		3 087	28,3	27,4 - 29,1
Peu entourée	-		736	6,7	6,3 - 7,2
Pas du tout entourée	-		185	1,7	1,5 - 2,0
Ne souhaite pas répondre	-		56	0,5	0,4 - 0,7
			(10 921)		
Réception du carnet de maternité (1)					
Oui	56,4	<,0001	4 410	40,4	39,5 - 41,3
Non	40,5		6 137	56,2	55,3 - 57,2
Ne sait pas	3,1		370	3,4	3,1 - 3,8
	(11 725)		(10 917)		
Si oui, modalité de récupération du carnet (1)					
Médecin en cabinet ou sage-femme libérale	21,8	<,0001	1 041	23,9	22,7 - 25,2
Maternité	27,7		1 769	40,7	39,2 - 42,1
PMI (2) ou caisse d'assurance	48,6		1 391	32,0	30,6 - 33,4
Ne sait pas	1,9		149	3,4	2,9 - 4,0
	(6 450)		(4 350)		
Entretien avec une assistante de service social pendant la grossesse (1)					
Oui	8,8	0,0709	892	8,2	7,7 - 8,7
Non	91,2		10 038	91,8	91,3 - 92,4
	(11 743)		(10 930)		
Visites à domicile par une sage-femme (1)					
Oui	18,4	0,7869	2 015	18,5	17,8 - 19,3
Non	81,6		8 865	81,5	80,7 - 82,2
	(11 670)		(10 880)		

(1) Rapporté au nombre de femmes
(2) PMI = Protection Maternelle et Infantile

Tableau 15

Soutien et accompagnement des femmes pendant la grossesse *(partie 2)*

(Naissances vivantes en France métropolitaine)

	2016		2021		
	%	p	n	%	IC à 95 %
Entretien prénatal précoce (EPP) (1)					
Oui	28,5	<,0001	3 985	36,5	35,6 - 37,4
Non	68,5		6 500	59,5	58,6 - 60,4
Ne sait pas	3,0		440	4,0	3,7 - 4,4
	(11 738)		(10 925)		
Professionnel ayant réalisé l'EPP (1)					
Sage-femme de la maternité	42,7	<,0001	1 330	33,5	32,1 - 35,1
Sage-femme libérale	47,2		2 279	57,5	55,9 - 59
Sage-femme de PMI (2)	6,3		189	4,8	4,1 - 5,5
Gynécologue Obstétricien	3,3		120	3,0	2,5 - 3,6
Autre	0,5		46	1,2	0,9 - 1,5
	(3 210)		(3 964)		
Terme au moment de l'EPP (1)					
1er au 3ème mois	17,8	0,0071	788	21,4	20,1 - 22,8
4ème mois	32,5		1 133	30,8	29,3 - 32,3
5ème mois	19,4		698	19,0	17,7 - 20,3
6ème mois	14,0		490	13,3	12,2 - 14,5
7ème au 9ème mois	16,3		571	15,5	14,4 - 16,7
	(3 159)		(3 680)		
Orientation vers un autre professionnel à l'issue de l'EPP (1)					
Oui	14,6	0,0578	514	13,1	12,0 - 14,2
Non	85,4		3 420	86,9	85,8 - 88
	(3 243)		(3 934)		
Préparation à la naissance et à la parentalité (PNP)					
Primipares (1)					
Oui, en libéral	77,9	0,0042	2 916	64,3	62,9 - 65,7
Oui, au sein de la maternité			523	11,5	10,6 - 12,5
Oui, les deux			104	2,3	1,9 - 2,8
Autre (3)			99	2,2	1,8 - 2,7
Non	22,1		894	19,7	18,6 - 20,9
	(4 973)		(4 536)		
Multipares (1)					
Oui, en libéral	33,9	0,0765	1 838	29,1	28 - 30,2
Oui, au sein de la maternité			261	4,1	3,7 - 4,7
Oui, les deux			60	1,0	0,7 - 1,2
Autre (3)			72	1,1	0,9 - 1,4
Non	66,1		4 084	64,7	63,5 - 65,9
	(6 735)		(6 315)		
Si PNP, nombre de séances (1)					
< 4	19,4	0,3360	1 170	20,1	19,1 - 21,2
4 à 6	37,2		2 145	36,9	35,7 - 38,1
7 ou 8	38,9		2 210	38,0	36,8 - 39,3
≥ 9	4,5		290	5,0	4,4 - 5,6
	(6 123)		(5 815)		

(1) Rapporté au nombre de femmes

(2) PMI = Protection Maternelle et Infantile

(3) Sages-femmes de différents statuts ou de statut inconnu

Tableau 16

Consultations prénatales : professionnels consultés pendant la grossesse

(Naissances vivantes en France métropolitaine)

	2016		2021		
	%	p	n	%	IC à 95 %
Professionnel principalement consulté durant les 6 premiers mois [1,2]					
GO libéral	49,7	<,0001	4 288	39,4	38,5 - 40,3
GO en maternité publique/ médecin en CPP	16,0		1 321	12,1	11,5 - 12,8
Généraliste	6,5		469	4,3	3,9 - 4,7
Sage-femme libérale	8,5		2 494	22,9	22,1 - 23,7
Sage-femme en maternité publique/ en CPP	14,8		1 755	16,1	15,4 - 16,8
Médecin ou sage-femme de PMI	2,3		202	1,9	1,6 - 2,1
Plusieurs professionnels	2,2		356	3,3	2,9 3,6
	(11 648)		(10 885)		
Au moins une consultation avec l'équipe médicale de la maternité [1]					
Oui	93,7	<,0001	10 331	94,9	94,5 - 95,3
Non	6,3		554	5,1	4,7 - 5,5
	(11 713)		(10 885)		
Consultation en urgence ou sans rendez-vous pour un motif lié à la grossesse [1]					
Oui	-		5 482	50,1	49,2 - 51,1
Non	-		5 450	49,9	48,9 - 50,8
	-		(10 932)		
Si oui, nombre de consultations dans une maternité ou à l'hopital [1]					
0	-		284	5,2	4,7 - 5,9
1	-		2 732	50,3	48,9 - 51,6
2	-		1 295	23,8	22,7 - 25,0
3	-		603	11,1	10,3 - 12,0
≥ 4	-		522	9,6	8,8 - 10,4
	-		(5 436)		
Si oui, nombre de consultations en cabinet médical [1]					
0	-		4 292	83,8	82,8 - 84,8
1	-		596	11,6	10,8 - 12,6
2	-		134	2,6	2,2 - 3,1
3	-		49	1,0	0,7 - 1,3
≥ 4	-		49	1,0	0,7 - 1,3
			(5 120)		

(1) Rapporté au nombre de femmes

(2) GO = Gynécologue-Obstétricien, CPP = Centre Périnatal de Proximité, PMI = Protection Maternelle et Infantile

Tableau 17

Examens de dépistage et de diagnostic anténatal

(Naissances vivantes en France métropolitaine)

	2016		2021		
	%	p	n	%	IC à 95 %
Nombre total d'échographies (1)					
< 3	1,0	<,0001	43	0,4	0,3 - 0,5
3	24,3		1 422	13,1	12,5 - 13,8
4 ou 5	38,8		4 064	37,5	36,6 - 38,4
≥ 6	35,9		5 315	49,0	48,1 - 50,0
	(11 672)		(10 844)		
Moyenne ± écart-type	5,5 ± 2,8			6,3 ± 3,1	
Mesure échographique de la clarté nucale (1)					
Oui	87,0	<,0001	9 833	90,2	89,7 - 90,8
Non	6,1		447	4,1	3,7 - 4,5
Ne sait pas	6,9		616	5,7	5,2 - 6,1
	(11 721)		(10 896)		
Dépistage de la trisomie 21 (1)					
Oui	86,5	<,0001	9 927	90,9	90,3 - 91,4
Non	11,0		815	7,4	7,0 - 8,0
Ne sait pas	2,5		182	1,7	1,4 - 1,9
	(11 732)		(10 924)		
Dépistage réalisé par (1)					
Les marqueurs sériques	-		7 421	75,0	74,2 - 75,9
Le dépistage prénatal non invasif	-		271	2,8	2,4 - 3,1
Les deux examens	-		1 268	12,8	12,2 - 13,5
Ne sait pas	-		931	9,4	8,8 - 10,0
			(9 891)		
Motif de non-dépistage (1)					
Examen non proposé	-		49	6,9	5,2 - 9,1
Examen refusé	-		464	65,6	62,0 - 69,1
Consultation trop tardive	-		105	14,9	12,3 - 17,7
Geste invasif d'emblée	-		19	2,7	1,6 - 4,2
Autre motif	-		38	5,4	3,8 - 7,3
Ne sait pas	-		32	4,5	3,1 - 6,3
			(707)		
Geste invasif de diagnostic anténatal (1)					
Non	93,3	<,0001	9 751	93,6	93,1 94,1
Oui, amniocentèse	3,6		207	2,0	1,7 2,3
Oui, biopsie de trophoblaste	0,6		53	0,5	0,4 0,7
Ne sait pas	2,5		404	3,9	3,5 4,3
	(10 728)		(10 415)		

(1) Rapporté au nombre de femmes

Tableau 18

Examens de dépistage de pathologies maternelles

(Naissances vivantes en France métropolitaine)

	2016		2021		
	%	p	n	%	IC à 95 %
Dépistage du diabète gestationnel [1]					
Oui	73,2	<,0001	8 317	76,1	75,3 - 76,9
Non	25,9		2 495	22,8	22,1 - 23,6
Ne sait pas	0,9		116	1,1	0,9 - 1,3
	(11 741)		(10 928)		
Dépistage du cancer du col au cours des 3 dernières années ou pendant la grossesse [1,2]					
Oui	70,1	<,0001	6 686	61,2	60,3 - 62,1
Non	19,7		3 910	35,8	34,9 - 36,7
Ne sait pas	10,2		332	3,0	2,7 - 3,4
	(11 657)		(10 928)		
Statut sérologique vis-à-vis de la toxoplasmose [1]					
Absence d'anticorps	69,6	<,0001	8 993	74,9	74,1 - 75,7
Présence d'IgG spécifiques	30,0		2 965	24,7	23,9 - 25,5
Séroconversion	0,2		22	0,2	0,1 - 0,3
Statut non connu	0,2		28	0,2	0,2 - 0,3
	(12 514)		(12 008)		
Sérologie de la syphilis au cours de la grossesse [1]					
Oui, réalisée une fois	-		10 465	87,2	86,6 - 87,8
Oui, plusieurs fois	-		126	1,1	0,9 - 1,3
Oui, nombre de fois non precisé	-		1 155	9,6	9,1 - 10,2
Non faite	-		65	0,5	0,4 - 0,7
Information non notée dans le dossier	-		187	1,6	1,3 - 1,8
			(11 998)		

(1) Rapporté au nombre de femmes
(2) Comprend uniquement le frottis cervical en 2016, le frottis cervical et l'auto-prélevement vaginal en 2021

Tableau 19

Information et mesures de prévention avant l'accouchement

(Naissances vivantes en France métropolitaine)

	2016		2021		
	%	p	n	%	IC à 95 %
Prise d'acide folique en prévention des AFTN (1,2)					
Oui	55,7	<,0001	8 582	78,6	77,8 - 79,4
Non	41,4		2 245	20,6	19,8 - 21,3
Ne sait pas	2,9		93	0,8	0,7 - 1,0
	(11 736)		(10 920)		
Début de la prise (1)					
3 mois ou plus avant la grossesse	40,7	<,0001	1 636	19,3	18,5 - 20,2
1 ou 2 mois avant la grossesse			1 346	15,9	15,1 - 16,7
Dans le 1er mois de la grossesse	33,4		2 860	33,8	32,8 - 34,8
Entre le 2ème et le 3ème mois de grossesse	24,7		1 387	16,4	15,6 - 17,2
Après le 3ème mois de grossesse			1 076	12,7	12,0 - 13,4
Ne sait plus	1,1		159	1,9	1,6 - 2,2
	(6 366)		(8 464)		
Prise d'acide folique avant la grossesse (1,3)	23,2	<,0001	2 982	28,3	27,4 - 29,1
	(11 157)		(10 550)		
Consultation de diététique (ou réunion d'information) (1)					
Oui	12,7	<,0001	1 615	14,8	14,1 - 15,5
Non	87,3		9 310	85,2	84,5 - 85,9
	(11 737)		(10 925)		
Conseils reçus pour limiter la transmission du CMV (1,4)					
Oui	-		1 742	16,0	15,3 - 16,7
Non	-		8 150	74,7	73,9 - 75,5
Ne sait pas	-		1 019	9,3	8,8 - 9,9
			(10 911)		

(1) Rapporté au nombre de femmes

(2) AFTN = Anomalies de Fermeture du Tube Neural

(3) Dénominateur calculé parmi les femmes n'ayant pas pris d'acide folique ou connaissant le moment de la prise

(4) CMV = Cytomégalovirus

Tableau 20 Vaccination antigrippale

(Naissances vivantes en France métropolitaine)

	2016		2021		
	%	p	n	%	IC à 95 %
Vaccination contre la grippe proposée/conseillée [1]					
Oui	-		6 440	58,9	58,0 - 59,9
Non	-		4 377	40,1	39,2 - 41,0
Ne sait pas	-		106	1,0	0,8 - 1,2
			(10 923)		
Réalisation de la vaccination contre la grippe saisonnière [1]					
Oui	7,4	<,0001	3 298	30,4	29,6 - 31,3
Non	92,1		7 540	69,6	68,7 - 70,4
Ne sait pas	0,5		-	-	
	(11 719)		(10 838)		
Prescripteur du vaccin anti-grippal [1]					
Gynécologue-obstétricien	35,7	<,0001	922	30,5	28,8 - 32,1
Sage-femme	12,7		809	26,7	25,2 - 28,3
Généraliste	31,9		583	19,3	17,9 - 20,7
Pharmacien			168	5,5	4,8 - 6,4
Médecin du travail	19,7		281	9,3	8,3 - 10,4
Autre personne			264	8,7	7,7 - 9,8
	(852)		(3 027)		
Motifs de non-vaccination [1,2]					
Vaccin non proposé	-		2 869	41,4	40,2 - 42,6
Peur d'effets défavorables pour le bébé	-		1 657	23,9	22,9 - 24,9
Peur d'effets défavorables pour la femme	-		1 099	15,8	15,0 - 16,7
Pas peur d'avoir la grippe	-		1 528	22,0	21,1 - 23,0
Méfiance vis-à-vis des vaccins	-		1 518	21,9	20,9 - 22,9
Autre raison	-		1 437	20,7	19,8 - 21,7
			(6 934)		

(1) Rapporté au nombre de femmes
(2) Dénominateur calculé si au moins une réponse cochée dans la liste des motifs

Tableau 21

Littératie en santé durant la grossesse [1]

(Naissances vivantes en France métropolitaine)

	2021		
	n	%	IC à 95 %
Pendant la grossesse, possible de/d'			
Avoir de bonnes discussions sur la santé avec ... [2]			
Impossible ou toujours difficile	32	0,3	0,2 - 0,4
Généralement difficile	131	1,2	1,0 - 1,4
Parfois difficile	550	5,1	4,7 - 5,5
Généralement facile	3 442	31,7	30,8 - 32,6
Toujours facile	6 697	61,7	60,8 - 62,6
Discuter avec les professionnels de santé jusqu'à comprendre tout ... [2]			
Impossible ou toujours difficile	40	0,4	0,3 - 0,5
Généralement difficile	147	1,4	1,2 - 1,6
Parfois difficile	999	9,2	8,7 - 9,8
Généralement facile	3 615	33,3	32,4 - 34,2
Toujours facile	6 051	55,7	54,8 - 56,7
Poser des questions aux professionnels de santé ... [2]			
Impossible ou toujours difficile	40	0,4	0,3 - 0,5
Généralement difficile	145	1,3	1,1 - 1,6
Parfois difficile	734	6,8	6,3 - 7,3
Généralement facile	3 341	30,8	29,9 - 31,7
Toujours facile	6 592	60,7	59,8 - 61,7
S'assurer que les professionnels de santé comprennent ... [2]			
Impossible ou toujours difficile	44	0,4	0,3 - 0,5
Généralement difficile	167	1,5	1,3 - 1,8
Parfois difficile	825	7,6	7,1 - 8,1
Généralement facile	3 372	31,1	30,2 - 32,0
Toujours facile	6 444	59,4	58,5 - 60,3
Se sentir capable de discuter des problèmes de santé ... [2]			
Impossible ou toujours difficile	54	0,5	0,4 - 0,7
Généralement difficile	144	1,3	1,1 - 1,6
Parfois difficile	608	5,6	5,2 - 6,1
Généralement facile	3 180	29,3	28,5 - 30,2
Toujours facile	6 866	63,3	62,4 - 64,2
Moyenne ± écart-type		4,5 ± 0,6	
Score < 3,5 [2]	612	5,6	5,2 - 6,1
	(10 852)		

(1) Littératie en santé = motivation et capacité des personnes à accéder à l'information, à la comprendre et à l'utiliser de manière à promouvoir et à maintenir une bonne santé. Module 6 du Health Literacy Questionnaire (HLQ)
(2) Rapporté au nombre de femmes ayant répondu aux 5 questions du module

Tableau 22

État de santé et antécédents médicaux maternels

(Naissances vivantes en France métropolitaine)

	2016		2021		
	%	p	n	%	IC à 95 %
Mutilation sexuelle féminine [1]	-		113	0,9	0,8 - 1,1
			(11 949)		
Antécédent familial de diabète [1]					
Oui	23,7	0,0800	2 539	23,2	22,4 - 24,0
Non	75,2		8 300	76,0	75,1 - 76,7
Ne sait pas	1,1		90	0,8	0,7 - 1,0
	(11 731)		(10 929)		
Diabète avant la grossesse [1,2]					
Oui, DID (type 1)	0,3	<,0001	32	0,3	0,2 - 0,4
Oui, DNID (type 2)	0,2		33	0,3	0,2 - 0,4
Oui, diabète gestationnel	1,8		321	2,6	2,4 - 3,0
Non	97,7		11 628	96,8	96,5 - 97,1
	(12 477)		(12 014)		
HTA avant la grossesse [1,2]					
Oui, HTA chronique	0,7	0,0544	109	0,9	0,7 - 1,1
Oui, HTA durant une autre grossesse	1,3		142	1,2	1,0 - 1,4
Non	98,0		11 774	97,9	97,6 - 98,2
	(12 493)		(12 025)		
Nombre d'IVG [1,3]					
0	83,6	0,0150	10 196	84,8	84,2 - 85,5
1	12,6		1 445	12,0	11,4 - 12,6
2	3,0		290	2,4	2,2 - 2,7
≥ 3	0,8		91	0,8	0,6 - 0,9
	(11 531)		(12 022)		

(1) Rapporté au nombre de femmes
(2) DID ou DNID = diabète insulino-dépendant ou non, HTA = hypertension artérielle
(3) Information issue de l'entretien en 2016, du dossier médical en 2021

Tableau 23 Antécédents obstétricaux

(Naissances vivantes en France métropolitaine)

	2016		2021		
	%	p	n	%	IC à 95 %
Parité [1]					
0	42,4	0,0027	4 974	41,3	40,5 - 42,2
1	35,7		4 217	35,1	34,2 - 35,9
2	14,2		1 766	14,7	14,1 - 15,3
≥ 3	7,7		1 076	8,9	8,4 - 9,5
	(12 548)		(12 033)		
Antécédents obstétricaux					
Mort-né [1,2]	3,7	<,0001	150	2,1	1,8 - 2,5
	(7 187)		(7 056)		
Mort néonatale [1,2]	0,9	0,4902	59	0,8	0,6 - 1,1
	(7 184)		(7 043)		
Accouchement prématuré [1,2]	6,5	0,5142	439	6,2	5,7 - 6,8
	(7 180)		(7 054)		
Nouveau-né hypotrophe [1,2]	6,9	0,8121	479	6,8	6,2 - 7,4
	(7 170)		(7 041)		
Nouveau-né macrosome [1,2]	6,3	0,5119	426	6,1	5,5 - 6,6
	(7 170)		(7 038)		
Mort-né, mort néonatale, accouchement prématuré ou hypotrophie [1,2]	14,8	0,0032	923	13,1	12,3 - 13,9
	(7 195)		(7 058)		
Césarienne [1,2]					
Aucune	80,2	0,1731	5 596	79,3	78,3 - 80,2
1	16,2		1 163	16,5	15,6 - 17,4
2 ou plus	3,6		298	4,2	3,8 - 4,7
	(7 223)		(7 057)		

(1) Rapporté au nombre de femmes
(2) Chez les multipares

Tableau 24

Hospitalisation et pathologies durant la grossesse *(partie 1)*

(Naissances vivantes en France métropolitaine)

	2016		2021		
	%	p	n	%	IC à 95 %
Transfert in utero [1]					
Oui	1,7	0,2292	232	1,9	1,7 - 2,2
Non	98,3		11 681	98,1	97,8 - 98,3
	(12 105)		(11 913)		
Corticothérapie anténatale [1]					
Oui	5,9	0,0003	580	4,8	4,5 - 5,2
Non	94,1		11 392	95,2	94,8 - 95,5
	(12 419)		(11 972)		
Si oui, âge gestationnel à la 1ère cure [1]					
≤ 25 SA	8,3	0,0001	65	11,5	8,9 - 14,4
26 à 33	79,6		471	82,9	79,6 - 85,9
≥ 34	12,1		32	5,6	3,9 - 7,9
	(716)		(568)		
MAP avec hospitalisation [1,2]					
Oui	5,4	0,0208	572	4,8	4,5 - 5,2
Non	94,6		11 429	95,2	94,8 - 95,5
	(12 500)		(12 001)		
Si oui, durée d'hospitalisation [1]					
1 jour	9,9	0,2096	65	11,9	9,3 - 14,9
2	19,1		115	21,0	17,7 - 24,6
3 à 7	49,2		260	47,4	43,2 - 51,7
8 à 14	10,7		66	12,0	9,4 - 15,1
≥ 15	11,1		42	7,7	5,6 - 10,2
	(656)		(548)		
Moyenne ± écart-type [1]	7,2 ± 10,3			6,0 ± 8,1	
HTA pendant la grossesse [1,2]					
Oui, avec protéinurie [3]	2,0	0,1786	273	2,3	2,0 - 2,6
Oui, sans protéinurie	2,3		241	2,0	1,8 - 2,3
Non	95,7		11 457	95,7	95,3 - 96,1
	(12 478)		(11 971)		
Si oui, âge gestationnel au diagnostic [1]					
≤ 28 SA	12,1	0,6492	61	13,3	11,5 - 18,2
29 à 31	7,6		31	6,8	5,0 - 10,0
32 à 36	41,5		175	38,1	38,8 - 48,0
≥ 37	38,8		192	41,8	30,5 - 39,4
	(446)		(459)		
Si oui, hospitalisation [1]					
Oui	57,8	0,0214	314	65,0	60,6 - 69,3
Non	42,2		169	35,0	30,7 - 39,4
	(481)		(483)		

(1) Rapporté au nombre de femmes
(2) MAP = Menace d'accouchement prématuré, HTA = Hypertension arterielle
(3) Avec protéinurie ≥ 0,3g/l ou par 24h

Tableau 25

Hospitalisation et pathologies durant la grossesse *(partie 2)*

(Naissances vivantes en France métropolitaine)

	2016		2021		
	%	p	n	%	IC à 95 %
Diabète gestationnel [1]					
Oui, sous insuline	3,2	<,0001	565	4,7	4,3 - 5,1
Oui, sous régime	7,2		1 365	11,4	10,8 - 12,0
Oui, traitement non renseigné	0,4		37	0,3	0,2 - 0,4
Non	89,2		10 025	83,6	82,9 - 84,3
	(12 493)		(11 992)		
Localisation placentaire en fin de grossesse [1]					
Bas inséré antérieur	1,1	0,0020	57	0,5	0,4 - 0,6
Bas inséré postérieur			60	0,5	0,4 - 0,7
Bas inséré sans précision			26	0,2	0,2 - 0,3
Recouvrant			33	0,3	0,2 - 0,4
Normalement inséré	98,9		11 439	98,5	98,3 - 98,7
	(12 464)		(11 615)		
Si placenta bas inséré, hospitalisation pour métrorragies après 22 SA [1]	-		35	26,1	18,9 - 34,4
			(134)		
Anémie en cours de grossesse [1,2]	-		3 001	25,2	24,4 - 26,0
			(11 912)		
Injection intraveineuse de fer en cours de grossesse [1]	-		340	2,8	2,6 - 3,2
			(11 951)		
Infection à Coronavirus en cours de grossesse [1]	-		678	5,7	5,3 - 6,1
			(11 930)		
Trimestre à l'infection [1]					
≤ 14 SA	-		64	9,8	7,7 - 12,4
15-27	-		266	40,9	37,1 - 44,8
≥ 28	-		320	49,3	45,3 - 53,2
			(650)		
Suspicion d'anomalie de poids fœtal [1]					
Oui, RCIU ou hypotrophie	5,3	<,0001	589	5,2	4,8 - 5,7
Oui, macrosomie	5,0		985	8,7	8,2 - 9,3
Non	89,7		9 709	86,1	85,4 - 86,7
	(12 464)		(11 283)		

(1) Rapporté au nombre de femmes
(2) Hémoglobine < 11g/dl

Tableau 26 Lieu d'accouchement

(Naissances vivantes en France métropolitaine)

	2016		2021		
	%	p	n	%	IC à 95 %
Statut de la maternité (1,2,3)					
CHU / CHR	19,6	0,0020	2 495	20,7	19,9 - 21,4
CH	49,5		6 056	50,1	49,2 - 51,0
ESPIC (4)	7,4		930	7,7	7,2 - 8,2
Privé à but lucratif	23,5		2 598	21,5	20,8 - 22,3
	(12 552)		(12 079)		
Type d'autorisation (1,2,3)					
Type I	22,6	<,0001	2 434	20,1	19,4 - 20,9
Type II A	29,3		3 490	28,9	28,1 - 29,7
Type II B	21,9		2 923	24,2	23,4 - 25,0
Type III	26,2		3 232	26,8	26,0 - 27,6
	(12 548)		(12 079)		
Taille de la maternité (1,3,5)					
< 500 accouchements/an	2,6	<,0001	342	2,8	2,5 - 3,1
500-999	14,9		1 919	15,9	15,2 - 16,5
1000-1499	16,0		1 950	16,1	15,5 - 16,8
1500-1999	14,9		1 647	13,6	13,0 - 14,3
2000-2999	22,7		2 451	20,3	19,6 - 21,0
3000-3499	13,3		1 937	16,0	15,4 - 16,7
3500-4499	9,3		1 171	9,7	9,2 - 10,2
≥ 4500	6,3		671	5,6	5,2 - 6,0
	(12 552)		(12 088)		
Temps de transport pour aller accoucher (1)					
< 30 minutes	76,2	0,0076	8 023	74,4	73,6 - 75,3
30-44	16,6		1 915	17,8	17,1 - 18,5
≥ 45	7,2		841	7,8	7,3 - 8,3
	(11 619)		(10 779)		
Mode de transport pour aller accoucher (1)					
En voiture	-		9 571	87,7	87,0 - 88,3
En transport en commun	-		251	2,3	2,0 - 2,6
En taxi	-		311	2,8	2,5 - 3,2
En transport d'urgence	-		592	5,4	5,0 - 5,9
Autre transport	-		194	1,8	1,5 - 2,0
			(10 919)		

(1) Rapporté au nombre de femmes

(2) 9 femmes ayant accouché dans les maisons de naissances non prises en compte

(3) Y compris 65 accouchements à domicile suivi d'un transfert en maternité et 21 accouchements dans un autre lieu (SAMU, voiture...) en 2021

(4) ESPIC = Etablissement de santé privé d'intérêt collectif

(5) Nombre d'accouchements en 2015 ou 2020 d'après les données du questionnaire Etablissement

Tableau 27

Demande des femmes à propos de l'accouchement

(Naissances vivantes en France métropolitaine)

	2016		2021		
	%	p	n	%	IC à 95 %
Souhaits particuliers pour l'accouchement (1)					
Oui, rédaction d'un projet de naissance	3,7	<,0001	1 119	10,2	9,7 - 10,8
Oui, demandes particulières mais non écrites	17,2		2 009	18,4	17,7 - 19,1
Oui, sans précision si écrit ou oral	1,9		140	1,3	1,1 - 1,5
Non, pas de demande particulière	77,2		7 648	70,1	69,2 - 70,9
	(11 691)		(10 916)		
Demandes exprimées auprès de l'équipe (1)	-		3 006	92,5	91,5 - 93,4
			(3 251)		
Type de demandes					
Pouvoir boire et/ou manger (1,2)	-		1 088	34,1	32,4 - 35,8
Pouvoir marcher, changer de position (1,2)	-		1 918	60,1	58,4 - 61,8
Faire du peau à peau (1,2)	-		2 150	67,3	65,7 - 69,0
Limiter les actes médicaux (1,2,3)	-		1 668	52,2	50,5 - 54,0
Avoir de la lumière douce et/ou de la musique (1,2)	-		1 049	32,9	31,2 - 34,5
Porter des vêtements personnels (1,2)	-		406	12,7	11,6 - 13,9
Accoucher sans péridurale (1,2)	-		1 220	38,2	36,5 - 39,9
Autre demande (1,2)	-		1 259	39,4	37,7 - 41,2
			(3 193)		

(1) Rapporté au nombre de femmes
(2) Dénominateur calculé si au moins une réponse cochée dans la liste des demandes
(3) Episiotomie, césarienne ou recours à l'oxytocine

Tableau 28 Déroulement du travail

(Naissances vivantes en France métropolitaine)

	2016		2021		
	%	p	n	%	IC à 95 %
Présentation fœtale [1]					
Céphalique	94,8	0,5696	11 604	95,0	94,6 - 95,4
Siège	4,6		528	4,3	4,0 - 4,7
Autre	0,6		78	0,7	0,5 - 0,8
	(12 727)		(12 210)		
Mode de début du travail [2]					
Spontané	68,7	<,0001	7 686	63,8	63,0 - 64,7
Déclenché	22,0		3 111	25,8	25,1 - 26,6
Césarienne programmée	9,3		860	7,2	6,7 - 7,6
Césarienne en urgence			384	3,2	2,9 - 3,5
	(12 548)		(12 041)		
Si déclenchement, méthode initiale [2]					
Rupture artificelle des membranes	38,1	<,0001	140	4,5	3,8 - 5,3
Oxytocine seule			640	20,6	19,2 - 22,1
Rupture des membranes et oxytocine			177	5,7	4,9 - 6,6
Maturation cervicale	61,9		2 147	69,2	67,5 - 70,8
	(2 722)		(3 104)		
Si maturation, technique en première intention [2]					
Dispositif intra-vaginal de prostaglandine	-		1 040	48,7	46,5 - 50,8
Gel de prostaglandine	-		207	9,7	8,5 - 11,0
Misoprostol	-		367	17,2	15,6 - 18,8
Ballonet	-		512	23,9	22,2 - 25,8
Autre (laminaires, etc...)	-		11	0,5	0,3 - 0,9
			(2 137)		
Rupture de la poche des eaux					
Parmi les tentatives de voie basse [2,3]					
Artificielle	43,7	<,0001	4 098	38,9	38,0 - 39,8
Spontanée avant travail	29,3		3 323	31,5	30,7 - 32,4
Spontanée durant travail	27,0		3 113	29,6	28,7 - 30,4
	(11 123)		(10 534)		
Parmi les femmes en travail spontané [2]					
Artificielle	41,4	<,0001	2 484	33,2	32,1 - 34,2
Spontanée avant travail	28,1		2 460	32,8	31,8 - 33,9
Spontanée durant travail	30,5		2 546	34,0	32,9 - 35,1
	(8 426)		(7 490)		
Oxytocine durant le travail					
Parmi les tentatives de voie basse [2,3]	52,5	<,0001	4 396	41,3	40,4 - 42,3
	(11 234)		(10 637)		
Parmi les femmes en travail spontané [2]	44,4	<,0001	2 282	30,0	29,0 - 31,1
	(8 538)		(7 599)		

(1) Rapporté au nombre de naissances
(2) Rapporté au nombre de femmes
(3) Travail spontané, maturation cervicale ou déclenchement du travail

Tableau 29

Motifs du déclenchement ou de la césarienne avant travail

(Naissances vivantes en France métropolitaine)

	2021		
	n	%	IC à 95 %
Motif principal de déclenchement [1,2]			
Post-terme ou prévention du post-terme	726	23,5	22,0 - 25,0
Rupture prématurée des membranes	630	20,4	19,0 - 21,9
Anomalie de la présentation	11	0,4	0,2 - 0,6
RCIU ou hypotrophie	140	4,5	3,8 - 5,3
Macrosomie	264	8,5	7,6 - 9,6
Autre anomalie de la vitalité fœtale	326	10,5	9,5 - 11,7
Utérus cicatriciel	15	0,5	0,3 - 0,8
Diabète gestationnel ou préexistant	293	9,5	8,5 - 10,6
Pathologie maternelle hypertensive	247	8,0	7,1 - 9,0
Autre pathologie maternelle	183	5,9	5,1 - 6,8
Autre motif	147	4,8	4,0 - 5,6
Pas de motif médical	108	3,5	2,9 - 4,2
	(3 090)		
Motif principal de césarienne avant travail [1]			
Post-terme ou prévention du post-terme	18	1,5	0,9 - 2,4
Rupture prématurée des membranes	29	2,4	1,6 - 3,5
Anomalie de la présentation	207	17,4	15,2 - 19,6
RCIU ou hypotrophie	42	3,5	2,6 - 4,7
Macrosomie	36	3,0	2,1 - 4,2
Autre anomalie de la vitalité fœtale	96	8,1	6,6 - 9,7
Utérus cicatriciel	475	39,8	37,0 - 42,7
Diabète gestationnel ou préexistant	11	0,9	0,5 - 1,6
Placenta praevia	44	3,7	2,7 - 4,9
Pathologie maternelle hypertensive	60	5,0	3,9 - 6,4
Autre pathologie maternelle	96	8,1	6,6 - 9,7
Autre motif	67	5,6	4,4 - 7,1
Pas de motif médical	12	1,0	0,5 - 1,8
	(1 193)		

(1) Rapporté au nombre de femmes

Tableau 30

Accouchement *(partie 1)*

(Naissances vivantes en France métropolitaine)

	2016		2021		
	%	p	n	%	IC à 95 %
Mode d'accouchement [1]					
Voie basse non instrumentale	67,5	0,0459	8 126	66,2	65,3 - 67,0
Voie basse instrumentale	12,2		1 529	12,4	11,9 - 13,0
Césarienne	20,3		2 629	21,4	20,7 - 22,1
	(12 755)		(12 284)		
Instrument si voie basse instrumentale [1]					
Forceps	27,6	<,0001	318	20,9	18,9 - 23,0
Spatules	22,6		289	18,9	17,0 - 21,0
Ventouse	49,8		917	60,2	57,7 - 62,6
	(1 561)		(1 524)		
Professionnel ayant réalisé l'accouchement [1,2]					
Sage-femme	58,6	0,0149	6 422	57,1	56,1 - 58,0
Gynécologue-obstétricien	41,4		4 832	42,9	42,0 - 43,9
	(11 928)		(11 254)		
Motif principal de voie basse instrumentale [3]					
Non-engagement / non-progression	-		620	52,6	49,7 - 55,5
Anomalie du RCF	-		518	44,0	41,1 - 46,9
Autre indication foetale	-		18	1,5	0,9 - 2,4
Autre motif	-		22	1,9	1,2 - 2,8
			(1 178)		
Motif principal de césarienne pendant travail [3]					
Stagnation / non-engagement	-		572	46,5	43,7 - 49,3
Anomalie du RCF	-		456	37,1	34,4 - 39,8
Autre indication foetale	-		79	6,4	5,1 - 7,9
Indication maternelle	-		54	4,4	3,3 - 5,7
Autre motif	-		69	5,6	4,4 - 7,1
			(1 230)		

(1) Rapporté au nombre de naissances
(2) Rapporté aux naissances à la maternité
(3) Rapporté au nombre de femmes

Tableau 31

Accouchement *(partie 2)*

(Naissances vivantes en France métropolitaine)

	2016		2021		
	%	p	n	%	IC à 95 %
Antibiothérapie pendant le travail [1]					
Oui	-		3 455	28,9	28,1 - 29,7
Non	-		8 502	71,1	70,3 - 71,9
			(11 957)		
Administration prophylactique d'oxytocine [1]					
Oui, bolus ou intraveineuse lente	41,9	<,0001	7 178	60,5	59,6 - 61,3
Oui, perfusion d'entretien	8,4		558	4,7	4,3 - 5,1
Oui, les deux	42,4		3 163	26,6	25,9 - 27,5
Non	7,3		974	8,2	7,7 - 8,7
	(12 429)		(11 873)		
Pertes sanguines à l'accouchement [1]					
< 500 ml	-		9 002	88,4	87,8 - 89,1
500-999	-		871	8,6	8,0 - 9,1
≥ 1000	-		303	3,0	2,7 - 3,3
			(10 176)		
Hémorragie sévère du post partum [1,2]					
Oui	1,8	<,0001	355	3,0	2,7 - 3,3
Non	98,2		11 575	97,0	96,7 - 97,3
	(12 271)		(11 930)		

(1) Rapporté au nombre de femmes

(2) Pertes sanguines ≥ 1000ml, embolisation, chirurgie ou transfusion

Tableau 32

Accouchement par voie basse

(Naissances vivantes en France métropolitaine)

	2016		2021		
	%	p	n	%	IC à 95 %
Position au début des efforts expulsifs (1)					
Sur le dos	88,5	<,0001	7 552	87,2	86,5 - 87,9
Sur le côté	8,4		733	8,5	7,9 - 9,1
A quatre pattes ou à genoux	1,2		172	2,0	1,7 - 2,3
Assise ou accroupie	1,3		128	1,5	1,2 - 1,8
Autre	0,6		74	0,8	0,7 - 1,1
	(9 400)		(8 659)		
Position à l'expulsion (1)					
Sur le dos	95,5	<,0001	8 143	93,9	93,4 - 94,4
Sur le côté	2,9		291	3,4	3,0 - 3,8
A quatre pattes ou à genoux	0,7		119	1,4	1,1 - 1,6
Assise ou accroupie	0,7		79	0,9	0,7 - 1,1
Autre	0,2		37	0,4	0,3 - 0,6
	(9 432)		(8 669)		
Episiotomie (1)	20,1	<,0001	787	8,3	7,8 - 8,9
	(9 981)		(9 467)		
Primipares	34,9	<,0001	623	16,5	15,3 - 17,7
	(4 083)		(3 781)		
Multipares	9,8	<,0001	164	2,9	2,5 - 3,4
	(5 898)		(5 679)		
Voie basse spontanée	13,6	<,0001	365	4,6	4,1 - 5,1
	(8 447)		(7 972)		
Voie basse instrumentale	55,6	<,0001	422	28,2	26,0 - 30,6
	(1 534)		(1 495)		
Déchirure périnéale (1)					
Oui, 1er ou 2ème degré	51,3	<,0001	5 576	58,8	57,8 - 59,8
Oui, 3ème ou 4ème dégré	0,8		102	1,1	0,9 - 1,3
Non	47,9		3 799	40,1	39,1 - 41,1
	(9 834)		(9 477)		
Si voie basse spontanée, professionnel ayant réalisé l'accouchement (2)					
Sage-femme	87,5	0,0366	6 422	88,6	87,9 - 89,4
Gynécologue obstétricien	12,5		824	11,4	10,7 - 12,1
	(7 986)		(7 246)		

(1) Rapporté au nombre de femmes ayant accouché par voie basse
(2) Rapporté au nombre de naissances à la maternité par voie basse spontanée

Tableau 33

Distribution des femmes, du taux de césariennes et de la contribution au taux global de césarienne pour chaque groupe de la classification de Robson [1]

(Naissances vivantes en France métropolitaine)

	2016				
	Nombre de césariennes/Total des femmes		Taille relative (%)	Taux de césarienne (%)	Contribution au taux global (%)
1. Primipares, singleton céphalique, ≥ 37 SA, travail spontané	352	3 296	26,4	10,7	2,8
2. Primipares, singleton céphalique, ≥ 37 SA, travail déclenché ou césarienne avant travail	470	1 357	10,9	34,6	3,8
2a. Travail déclenché	372	1 259	10,1	29,5	3,0
2b. Césarienne avant travail	98	98	0,8	100,0	0,8
3. Multipares, singleton céphalique, ≥ 37 SA, travail spontanné [2]	61	4 078	32,7	1,5	0,5
4. Multipares, singleton céphalique, ≥ 37 SA, travail déclenché ou césarienne avant travail [2]	159	1 196	9,6	13,3	1,3
4a. Travail déclenché	91	1 128	9,0	8,1	0,7
4b. Césarienne avant travail	68	68	0,5	100,0	0,5
5. Antécédent de césarienne, singleton céphalique ≥ 37 SA	680	1 244	10,0	54,7	5,4
6. Primipares, singleton, siège	204	245	2,0	83,3	1,6
7. Multipares, singleton, siège [3]	153	195	1,6	78,5	1,2
8. Grossesses multiples [3,4]	118	219	1,8	53,9	0,9
9. Présentations transverses [3]	52	52	0,4	100,0	0,4
10. Singletons céphaliques, ≤ 36 SA [3]	184	608	4,9	30,3	1,5
Total	(2 433)	(12 490)	100,0		19,5

	2021				
	Nombre de césariennes/Total des femmes		Taille relative (%)	Taux de césarienne (%)	Contribution au taux global (%)
1. Primipares, singleton céphalique, ≥ 37 SA, travail spontané	331	2 958	24,6	11,2	2,8
2. Primipares, singleton céphalique, ≥ 37 SA, travail déclenché ou césarienne avant travail	496	1 445	12,0	34,3	4,1
2a. Travail déclenché	381	1 330	11,1	28,6	3,2
2b. Césarienne avant travail	115	115	1,0	100,0	1,0
3. Multipares, singleton céphalique, ≥ 37 SA, travail spontanné [2]	72	3 679	30,7	2,0	0,6
4. Multipares, singleton céphalique, ≥ 37 SA, travail déclenché ou césarienne avant travail [2]	178	1 451	12,1	12,3	1,5
4a. Travail déclenché	91	1 364	11,4	6,7	0,8
4b. Césarienne avant travail	87	87	0,7	100,0	0,7
5. Antécédent de césarienne, singleton céphalique ≥ 37 SA	722	1 254	10,4	57,6	6,0
6. Primipares, singleton, siège	177	217	1,8	81,6	1,5
7. Multipares, singleton, siège [3]	154	186	1,5	82,8	1,3
8. Grossesses multiples [3,4]	119	198	1,6	60,1	1,0
9. Présentations transverses [3]	38	42	0,3	90,5	0,3
10. Singletons céphaliques, ≤ 36 SA [3]	202	571	4,8	35,4	1,7
Total	(2 489)	(12 001)	100,0		20,7

(1) La classification en 10 groupes proposée par Robson permet de surveiller les taux de césarienne en calculant ce taux et sa contribution au taux global de césarienne pour chaque groupe
(2) Antécédents de césarienne exclus
(3) Antécédents de césarienne inclus
(4) Césarienne retenue si un des enfants est né par césarienne et l'autre par voie basse

Tableau 34

Analgésie et anesthésie

(Naissances vivantes en France métropolitaine)

	2016		2021		
	%	p	n	%	IC à 95 %
Type d'analgésie durant le travail [1,2]					
Aucune analgésie	17,3	<,0001	1 591	14,9	14,2 - 15,6
Péridurale (APD)	81,4		8 830	82,7	82,0 - 83,4
Rachianalgésie	0,4		131	1,2	1,0 - 1,5
Péri-rachi combinée (PRC)	0,8		63	0,6	0,5 - 0,8
Analgésie parentérale	0,1		20	0,2	0,1 - 0,3
Autre	-		43	0,4	0,3 - 0,5
	(11 154)		(10 678)		
Si APD ou PRC, PCEA [1,2,3]					
Oui	53,8	<,0001	5 876	74,2	73,2 - 75,1
Non	46,2		2 046	25,8	24,9 - 26,8
	(8 424)		(7 922)		
Si voie basse instrumentale ou césarienne, type d'analgésie à l'expulsion [1]					
Aucune analgésie	1,4	<,0001	57	1,4	1,1 - 1,9
Péridurale	60,5		2 254	56,5	54,9 - 58,0
Rachianalgésie	32,7		1 348	33,8	32,3 - 35,3
Péri-rachi combinée	1,4		153	3,8	3,3 - 4,5
Anesthésie générale	3,6		167	4,2	3,6 - 4,9
Autre	0,4		12	0,3	0,2 - 0,5
	(3 994)		(3 991)		
Consommation de boissons et d'aliments en salle d'accouchement [1]					
Oui, boissons seules	-		5 182	53,7	52,6 - 54,6
Oui, aliments seuls	-		13	0,1	0,1 - 0,2
Oui, boissons et aliments	-		636	6,6	6,1 - 7,1
Non	-		3 829	39,6	38,7 - 40,6
			(9 660)		

(1) Rapporté au nombre de femmes
(2) Si tentative de voie basse
(3) Patient-conrolled epidural analgesia = Pompe pour gestion autonome de réinjection d'anesthésique

Tableau 35 Prise en charge de la douleur

(Naissances vivantes en France métropolitaine)

	2016		2021		
	%	p	n	%	IC à 95 %
Souhait d'une analgésie péridurale pour soulager la douleur (1,2)					
Oui, absolument	64,3	<,0001	6 299	65,6	64,7 - 66,6
Oui, peut être	21,1		1 716	17,9	17,1 - 18,6
Non	14,6		1 587	16,5	15,8 - 17,3
	(10 518)		(9 602)		
Efficacité de la péridurale pour soulager la douleur (1,2)					
Parfaitement efficace	-		5 686	70,8	69,9 - 71,9
Efficace	-		407	5,1	4,6 - 5,6
Peu ou partiellement efficace	-		1 577	19,6	18,7 - 20,5
Totalement inefficace	-		289	3,6	3,2 - 4,0
Autre	-		74	0,9	0,7 - 1,2
			(8 033)		
Utilisation d'une méthode médicamenteuse pour gérer la douleur (1,2)	28,5	0,4703	2 771	28,9	28,1 - 29,9
	(10 162)		(9 577)		
Médicaments par injection ou par perfusion (3)	-		1 335	13,9	13,3 - 14,7
Médicaments en comprimés (3)	-		1 009	10,5	9,9 - 11,2
Gaz à respirer (3)	-		953	10,0	9,3 - 10,5
Utilisation d'une méthode non médicamenteuse(1,2)	35,5	<,0001	4 714	49,2	48,1 - 50,1
	(10 329)		(9 572)		
Ballon, marche, choix de la position (3)	-		4 042	42,2	41,2 - 43,1
Bain ou douche pendant le travail (3)	-		2 172	22,7	21,8 - 23,5
Massage (3)	-		1 185	12,4	11,7 - 13,0
Hypnose ou sophrologie (3)	-		309	3,2	2,9 - 3,6
Acupuncture ou acupression (3)	-		504	5,3	4,8 - 5,7
Autre méthode (3)	-		298	3,1	2,8 - *3,5*
Satisfaction quant aux méthodes utilisées pour soulager la douleur (1,2,4)					
Très satisfaite	61,3	0,0001	5 901	62,6	61,6 - 63,6
Satisfaite	27,0		2 607	27,7	26,8 - 28,6
Peu satisfaite	7,7		589	6,2	5,8 - 6,8
Pas du tout satisfaite	4,0		328	3,5	3,1 - 3,8
	(10 278)		(9 425)		

(1) Rapporté au nombre de femmes
(2) Si tentative de voie basse
(3) Dénominateur calculé si au moins une réponse cochée
(4) Y compris péridurale

Tableau 36

Douleurs à l'accouchement

(Naissances vivantes en France métropolitaine)

	2021		
	n	%	IC à 95 %
Accouchement par voie basse spontanée, douleur ressentie lors de la sortie de la tête du bébé [1]			
0 (pas de douleur)	1 886	26,7	25,7 - 27,7
1 à 3	1 200	17,0	16,1 - 17,9
4 à 6	1 098	15,5	14,7 - 16,4
7 à 10 (insupportable)	2 882	40,8	39,6 - 41,9
	(7 066)		
Accouchement par voie basse spontanée avec analgésie, douleur ressentie lors de la sortie de la tête du bébé [1]			
0 (pas de douleur)	1 866	32,7	31,5 - 34,0
1 à 3	1 161	20,4	19,3 - 21,4
4 à 6	981	17,2	16,2 - 18,2
7 à 10 (insupportable)	1 693	29,7	28,5 - 30,9
	(5 701)		
Accouchement par voie basse instrumentale, douleur ressentie au moment des manœuvres [1]			
0 (pas de douleur)	402	29,6	27,2 - 32,2
1 à 3	207	15,3	13,4 - 17,3
4 à 6	201	14,8	13,0 - 16,8
7 à 10 (insupportable)	546	40,3	37,6 - 42,9
	(1 356)		
Accouchement par voie basse instrumentale avec analgésie, douleur ressentie au moment des manœuvres [1]			
0 (pas de douleur)	398	31,0	28,4 - 33,6
1 à 3	205	15,9	14,0 - 18,1
4 à 6	197	15,3	13,4 - 17,4
7 à 10 (insupportable)	486	37,8	35,1 - 40,5
	(1 286)		
Si épisiotomie ou déchirure, douleur ressentie au moment de la suture [1]			
0 (pas ou de douleur)	2 859	53,1	51,7 - 54,4
1 à 3	1 301	24,1	23,0 - 25,3
4 à 6	747	13,9	13,0 - 14,8
7 à 10 (insupportable)	482	8,9	8,2 - 9,7
	(5 389)		

(1) Rapporté au nombre de femmes

Tableau 37

Douleurs à la césarienne

(Naissances vivantes en France métropolitaine)

	2021		
	n	%	IC à 95 %
Douleur ressentie au début de la césarienne [1]			
0 (pas de douleur)	1 536	68,9	66,9 - 70,8
1 à 3	271	12,1	10,8 - 13,6
4 à 6	191	8,6	7,4 - 9,8
7 à 10 (insupportable)	232	10,4	9,2 - 11,8
	(2 230)		
Douleur ressentie juste après la sortie du bébé [1]			
0 (pas de douleur)	1 587	71,6	69,7 - 73,5
1 à 3	269	12,1	10,8 - 13,6
4 à 6	190	8,6	7,4 - 9,8
7 à 10 (insupportable)	171	7,7	6,6 - 8,9
	(2 217)		
Si douleur ressentie, prise en compte par l'équipe au bloc opératoire [1]			
Oui	794	90,3	88,2 - 92,2
Non	85	9,7	7,8 - 11,8
	(879)		

(1) Rapporté au nombre de femmes

Tableau 38

Début du travail et mode d'accouchement suivant l'âge gestationnel et le poids de naissance

(Naissances vivantes en France métropolitaine)

		2016							
		Début du travail [1]				Mode d'accouchement [1]			
		Spon.	Décl.	César.	n	VBNI	VBI	César.	n
Âge gestationnel [2]									
≤ 34 SA	%	54,3	7,0	38,7	(370)	38,1	5,4	56,5	(370)
35-36	%	56,3	27,4	16,3	(551)	60,3	9,1	30,6	(549)
37	%	58,3	26,1	15,6	(922)	63,6	8,9	27,5	(920)
38	%	59,0	24,9	16,1	(2 008)	66,3	8,8	24,9	(2 007)
39	%	71,4	17,9	10,7	(3 427)	70,1	11,1	18,8	(3 427)
40	%	85,3	12,1	2,6	(3 258)	73,2	15,1	11,7	(3 256)
41	%	57,2	39,0	3,8	(2 149)	65,3	16,0	18,7	(2 148)
≥ 42	%	14,5	85,5	0,0	(62)	51,6	21,0	27,4	(62)
N									(12 739)
Poids de naissance [2]									
< 1 500 g	%	47,2	3,2	49,6	(123)	28,5	0,8	70,7	(123)
1 500 - 1 999	%	46,0	15,1	38,9	(185)	39,1	4,9	56,0	(184)
2 000 - 2 499	%	52,7	29,8	17,5	(611)	55,2	8,7	36,1	(611)
2 500 - 2 999	%	67,1	23,0	9,9	(2 632)	68,1	11,7	20,2	(2 630)
3 000 - 3 499	%	72,3	19,9	7,8	(5 039)	70,6	12,7	16,7	(5 038)
3 500 - 3 999	%	70,4	22,4	7,2	(3 278)	69,4	13,2	17,4	(3 275)
≥ 4 000	%	58,7	30,1	11,2	(884)	61,5	13,0	25,5	(883)
N									(12 744)

		2021							
		Début du travail [1]				Mode d'accouchement [1]			
		Spon.	Décl.	César.	n	VBNI	VBI	César.	n
Âge gestationnel [2]									
≤ 34 SA	%	45,3	7,8	46,9	(322)	38,0	4,4	57,6	(382)
35-36	%	55,2	24,0	20,8	(433)	56,5	7,5	36,0	(480)
37	%	50,5	33,3	16,2	(735)	60,6	8,5	30,9	(779)
38	%	54,0	27,7	18,3	(1 982)	62,4	9,3	28,3	(2 021)
39	%	64,8	23,3	11,9	(3 362)	69,1	11,9	19,0	(3 370)
40	%	84,8	13,2	2,0	(3 016)	73,7	14,4	11,9	(3 015)
41	%	52,3	44,7	3,0	(2 122)	64,3	17,6	18,1	(2 122)
≥ 42	%	9,4	90,6	0,0	(64)	37,5	18,8	43,7	(64)
N									(12 233)
Poids de naissance [2]									
< 1 500 g	%	33,3	1,8	64,9	(114)	24,3	0,0	75,7	(136)
1 500 - 1 999	%	35,0	25,6	39,4	(137)	37,6	4,8	57,6	(165)
2 000 - 2 499	%	47,8	33,0	19,2	(479)	53,9	9,6	36,5	(551)
2 500 - 2 999	%	65,8	23,2	11,0	(2 280)	64,7	13,5	21,8	(2 338)
3 000 - 3 499	%	68,0	23,4	8,6	(4 755)	69,9	12,1	18,0	(4 770)
3 500 - 3 999	%	63,6	28,4	8,0	(3 268)	67,8	13,4	18,8	(3 269)
≥ 4 000	%	55,3	34,6	10,1	(851)	64,0	12,6	23,4	(851)
N									(12 080)

(1) Spon = spontané, Décl = déclenché, César = césarienne, VBNI/I = voie basse non instrumentale/instrumentale
(2) Rapporté au nombre de naissances

Tableau 39

Âge gestationnel et poids de naissance

(Naissances vivantes en France métropolitaine)

	2016		2021		
	%	p	n	%	IC à 95 %
Âge gestationnel [1]					
22-27 SA	0,4	0,1410	51	0,4	0,3 - 0,6
28-31	0,8		95	0,8	0,6 - 1,0
32	0,3		45	0,4	0,3 - 0,5
33	0,6		80	0,7	0,5 - 0,8
34	0,8		111	0,9	0,8 - 1,1
35	1,3		144	1,2	1,0 - 1,4
36	3,0		336	2,7	2,5 - 3,1
37	7,2		779	6,4	5,9 - 6,8
38	15,8		2 021	16,5	15,9 - 17,2
39	26,9		3 370	27,5	26,8 - 28,3
40	25,6		3 017	24,7	23,9 - 25,4
41	16,8		2 122	17,3	16,7 - 18,0
≥ 42	0,5		64	0,5	0,4 - 0,7
Prématurité (âge gestationnel < 37 SA)	7,2	0,5856	862	7,0	6,6 - 7,5
	(12 751)		(12 235)		
Poids de naissance [1]					
≤ 999 g	0,4	0,0377	59	0,5	0,4 - 0,6
1 000 - 1 499	0,6		77	0,6	0,5 - 0,8
1 500 - 1 999	1,5		165	1,4	1,2 - 1,6
2 000 - 2 499	4,8		551	4,6	4,2 - 5,0
2 500 - 2 999	20,6		2 339	19,3	18,7 - 20,1
3 000 - 3 499	39,5		4 770	39,5	38,6 - 40,4
3 500 - 3 999	25,7		3 270	27,1	26,3 - 27,9
4 000 - 4 499	6,2		785	6,5	6,1 - 7,0
≥ 4 500	0,7		66	0,5	0,4 - 0,7
Moyenne ± écart-type	3251,3 ± 550,9		3264,5 ± 552,9		
Poids de naissance < 2 500 g	7,2	0,6391	852	7,1	6,6 - 7,5
	(12 756)		(12 082)		

(1) Rapporté au nombre de naissances

Tableau 40

Prématurité et petit poids de naissance

(Naissances vivantes en France métropolitaine)

	2016		2021		
	%	p	n	%	IC à 95 %
Prématurité (âge gestationnel < 37 SA) [1]					
Total	7,1 (12 728)	0,6807	853 (12 226)	7,0	6,6 - 7,5
Uniques	5,8 (12 308)	0,3476	650 (11 840)	5,5	5,1 - 5,9
Gémellaires	46,4 (420)	0,0805	203 (386)	52,6	47,5 - 57,7
Poids de naissance < 2 500 grammes [1]					
Total	7,1 (12 732)	0,7353	843 (12 073)	7,0	6,6 - 7,5
Uniques	5,5 (12 314)	0,4525	619 (11 691)	5,3	4,9 - 5,7
Gémellaires	53,6 (418)	0,1506	224 (382)	58,6	53,5 - 63,6
Petit poids pour l'âge gestationnel (< 10ème percentile) [1,2]					
Total	11,6 (12 703)	0,1205	1 294 (11 815)	11,0	10,4 - 11,6
Uniques	10,8 (12 284)	0,1046	1 161 (11 440)	10,1	9,6 - 10,7
Gémellaires	34,6 (419)	0,7997	133 (375)	35,5	30,6 - 40,5

(1) Rapporté au nombre de naissances, à l'exclusion de 9 triplés
(2) Courbes EPOPé, ajustées sur l'âge gestationnel et le sexe

Tableau 41

Nouveau-né en salle d'accouchement

(Naissances vivantes en France métropolitaine)

	2016		2021		
	%	p	n	%	IC à 95 %
Sexe [1]					
Masculin	52,0	0,8697	6 143	51,9	51,0 - 52,8
Féminin	48,0		5 695	48,1	47,2 - 49,0
	(12 745)		(11 838)		
Type de naissance [1]					
Unique	96,6	0,4603	11 888	96,7	96,4 - 97,1
Gémellaire	3,3		390	3,2	2,9 - 3,5
Triple	0,1		9	0,1	0,0 - 0,1
	(12 769)		(12 287)		
Taille du nouveau-né [1]					
≤ 47 cm	19,7	0,9528	2 172	19,6	18,8 - 20,3
48-49	30,6		3 431	30,9	30,1 - 31,8
50-51	34,9		3 846	34,6	33,8 - 35,6
≥ 52	14,8		1 650	14,9	14,2 - 15,5
	(12 078)		(11 099)		
Moyenne ± écart-type	49,3 ± 2,4		49,4 ± 2,4		
Périmètre crânien [1]					
≤ 32 cm	12,0	0,0136	1 238	10,8	10,2 - 11,4
33	18,1		1 995	17,4	16,7 - 18,1
34	26,6		3 095	27,0	26,2 - 27,8
35	24,1		2 857	24,9	24,1 - 25,7
≥ 36	19,2		2 289	19,9	19,2 - 20,7
	(12 235)		(11 474)		
Moyenne ± écart-type	34,2 ± 1,6		34,4 ± 1,6		
Apgar à 5 min [1]					
≤ 7	2,0	0,0292	297	2,5	2,2 - 2,8
8-9	6,7		824	6,8	6,4 - 7,3
10	91,3		10 905	90,7	90,1 - 91,2
	(12 729)		(12 026)		

(1) Rapporté au nombre de naissances

Tableau 42

Prise en charge spécifique du nouveau-né

(Naissances vivantes en France métropolitaine)

	2016		2021		
	%	p	n	%	IC à 95 %
pH artériel au cordon [1]					
< 7,00	0,6	0,5759	75	0,7	0,5 - 0,9
7,00-7,15	8,9		1 002	9,2	8,7 - 9,8
> 7,15	90,5		9 824	90,1	89,5 - 90,7
	(11 074)		(10 901)		
Prélèvement bactériologique en salle de naissance [1,2]					
Oui	42,8	<,0001	1 222	10,3	9,7 - 10,8
Non	57,2		10 674	89,7	89,2 - 90,3
	(12 588)		(11 896)		
Gestes de réanimation réalisés					
Ventilation [1]					
Non	93,7	<,0001	10 955	92,2	91,7 - 92,7
Oui, au ballon	1,2		71	0,6	0,5 - 0,8
Oui, au Néopuff	4,1		778	6,6	6,1 - 7,0
Oui, moyen non précisé	1,0		74	0,6	0,5 - 0,8
	(12 545)		(11 878)		
Ventilation en pression positive continue (CPAP) [1]					
Oui	1,8	<,0001	356	3,2	2,9 - 3,5
Non	98,2		10 861	96,8	96,5 - 97,1
	(11 505)		(11 217)		
Intubation [1]					
Oui	1,0	0,1054	85	0,8	0,6 - 0,9
Non	99,0		11 139	99,2	99,1 - 99,4
	(11 514)		(11 224)		
Intubation ou CPAP précédant un transfert en réanimation ou néonatologie [1]					
Oui	1,8	0,0020	271	2,4	2,1 - 2,7
Non	98,2		10 972	97,6	97,3 - 97,9
	(11 532)		(11 243)		

(1) Rapporté au nombre de naissances

(2) Formulation des questions différentes (en 2016, prélèvement bactériologique comprenant prélevements gastrique, oreille et anus; en 2021, prélevement gastrique)

Tableau 43 Transfert du nouveau-né

(Naissances vivantes en France métropolitaine)

	2016		2021		
	%	p	n	%	IC à 95 %
Transfert du nouveau-né [1]					
Non	90,0	0,0083	10 647	89,1	88,5 - 89,6
Réanimation ou soins intensifs	2,4		359	3,0	2,7 - 3,3
Néonatalogie	4,2		544	4,5	4,2 - 4,9
Unité de néonatalogie dans la maternité [2]	3,3		378	3,2	2,8 - 3,5
Autre service de médecine/chirurgie	0,1		28	0,2	0,2 - 0,3
	(12 749)		(11 956)		
Lieu du transfert [1]					
Même établissement (même site)	89,3	0,4787	1 139	88,4	86,6 - 90,1
Autre établissement	10,7		149	11,6	9,9 - 13,4
	(1 135)		(1 288)		
Motif(s) du transfert [3]					
Prématurité ou hypotrophie	53,7	0,1835	668	51,0	48,3 - 53,8
Détresse respiratoire	25,5	0,2408	361	27,6	25,2 - 30,1
Suspicion d'infection	11,0	0,0015	96	7,3	6,0 - 8,9
Anomalie congénitale	3,5	0,0006	86	6,6	5,3 - 8,1
Autre	22,4	0,9194	291	22,2	20,0 - 24,6
	(1 192)		(1 309)		

(1) Rapporté au nombre de naissances
(2) Y compris unité kangourou
(3) Deux motifs possibles pour un même transfert, dénominateur calculé si au moins une réponse cochée dans la liste des motifs de transfert

Tableau 44

Prise en charge spécifique du nouveau-né à terme

(Naissances vivantes en France métropolitaine)

	2016		2021		
	%	p	n	%	IC à 95 %
pH artériel au cordon [1]					
< 7,00	0,6	0,5889	69	0,7	0,5 - 0,9
7,00-7,15	9,0		948	9,3	8,8 - 9,9
> 7,15	90,4		9 116	90,0	89,4 - 90,5
	(10 272)		(10 133)		
Apgar à 5 min [1]					
≤ 7	1,5	0,0068	221	2,0	1,7 - 2,3
8-9	5,8		676	6,0	5,6 - 6,5
10	92,7		10 306	92,0	91,5 - 92,5
	(11 812)		(11 203)		
Gestes de réanimation réalisés					
Ventilation [1]					
Non	95,4	<,0001	10 433	94,4	93,9 - 94,8
Oui, au ballon	1,0		54	0,5	0,4 - 0,6
Oui, au Néopuff	3,0		527	4,8	4,4 - 5,2
Oui, moyen non précisé	0,6		40	0,3	0,3 - 0,5
	(11 650)		(11 054)		
Ventilation en pression positive continue (CPAP) [1]					
Oui	1,1	<,0001	196	1,9	1,6 - 2,2
Non	98,9		10 254	98,1	97,9 - 98,4
	(10 667)		(10 450)		
Intubation [1]					
Oui	0,2	0,5103	21	0,2	0,1 - 0,3
Non	99,8		10 429	99,8	99,7 - 99,9
	(10 671)		(10 450)		
Intubation ou CPAP précédant un transfert en réanimation ou néonatologie [1]					
Oui	0,6	0,1663	79	0,8	0,6 - 0,9
Non	99,4		10 383	99,2	99,1 - 99,4
	(10 683)		(10 462)		
Transfert du nouveau-né [1]					
Non	94,5	0,0046	10 429	93,9	93,4 - 94,3
Réanimation ou soins intensifs	0,6		113	1,0	0,8 - 1,2
Néonatalogie	2,4		305	2,7	2,4 - 3,1
Unité de néonatalogie dans la maternité [2]	2,3		239	2,2	1,9 - 2,4
Autre service de médecine/chirurgie	0,1		23	0,2	0,1 - 0,3
	(11 815)		(11 109)		

(1) Rapporté au nombre de naissances

(2) Y compris unité kangourou

Tableau 45

Accompagnement à l'accouchement et contact peau à peau

(Naissances vivantes en France métropolitaine)

	2021		
	n	%	IC à 95 %
Présence d'une personne de l'entourage au moment de la naissance (1)			
Oui, le partenaire	9 257	84,9	84,2 - 85,6
Oui, une autre personne	412	3,8	3,4 - 4,2
Non	1 236	11,3	10,8 - 11,9
	(10 905)		
Si accouchement par voie basse			
Oui, le partenaire	7 756	89,5	88,8 - 90,1
Oui, une autre personne	336	3,9	3,5 - 4,3
Non	575	6,6	6,1 - 7,2
	(8 668)		
Si césarienne programmée			
Oui, le partenaire	593	76,5	73,4 - 79,5
Oui, une autre personne	27	3,5	2,3 - 5,0
Non	155	20,0	17,2 - 23,0
	(775)		
Si césarienne en urgence			
Oui, le partenaire	905	62,0	59,5 - 64,5
Oui, une autre personne	49	3,4	2,5 - 4,4
Non	505	34,6	32,2 - 37,1
	(1 459)		
Contact peau à peau après l'accouchement (2)			
Oui, en salle de naissance	7 628	78,8	74,5 - 76,1
Oui, au bloc opératoire	315	3,3	2,9 - 3,6
Oui, en salle de réveil	445	4,6	4,3 - 5,1
Oui, au bloc et en salle de réveil	216	2,2	1,9 - 2,4
Pas de peau à peau	1 071	11,1	14,0 - 15,3
	(9 675)		
Contact peau à peau si voie basse (2)			
Oui	7 562	96,5	96,1 - 96,9
Non	271	3,5	3,1 - 3,9
	(7 833)		
Contact peau à peau si césarienne (2)			
Oui	1 042	56,6	54,3 - 58,9
Non	800	43,4	41,2 - 45,7
	(1 842)		

(1) Rapporté au nombre de femmes
(2) Rapporté au nombre d'enfants non transférés en réanimation, soins intensifs et néonatologie

Tableau 46

Alimentation du nouveau-né et mode de couchage

(Naissances vivantes en France métropolitaine)

	2016		2021		
	%	p	n	%	IC à 95 %
Choix d'alimentation du nouveau-né avant la naissance (1)					
Oui, avant la grossesse	-		6 682	62,3	61,4 - 63,3
Oui, pendant la grossesse	-		3 368	31,4	30,5 - 32,3
Oui, mais ne sait plus à quel moment	-		83	0,8	0,6 - 1,0
Non			586	5,5	5,0 - 5,9
			(10 719)		
Mode d'alimentation choisi avant la naissance (1)					
Allaitement maternel	-		6 675	64,8	63,8 - 65,7
Allaitement mixte	-		878	8,5	8,0 - 9,1
Lait premier âge du commerce	-		2 753	26,7	25,9 - 27,6
			(10 306)		
Si allaitement maternel choisi avant la naissance, durée prévue (1)					
< 1 mois	-		120	1,7	1,4 - 2,0
De 1 à 3 mois	-		1 433	20,2	19,2 - 21,1
De 4 et 6 mois	-		1 611	22,7	21,7 - 23,7
Plus de 6 mois	-		957	13,5	12,7 - 14,3
Le plus longtemps possible	-		2 043	28,7	27,7 - 29,8
Pas de durée prévue	-		941	13,2	12,5 - 14,1
			(7 105)		
Essai de mise au sein dans les 2 premières heures de vie (2)					
Oui	65,7	<,0001	6 728	69,4	68,5 70,3
Non	34,3		2 969	30,6	29,7 - 31,6
	(10 750)		(9 697)		
Mode d'alimentation à la maternité (2)					
Allaitement maternel exclusif	54,6	0,0002	5 494	56,3	55,3 - 57,3
Allaitement mixte	12,5		1 312	13,4	12,8 - 14,1
Lait premier âge du commerce	32,9		2 955	30,3	29,4 - 31,2
	(10 709)		(9 761)		
Conseils reçus sur le couchage du nouveau-né (2,3)					
Oui, pendant la grossesse	-	-	1 599	16,4	15,7 - 17,3
Oui, après l'accouchement	43,4		1 773	18,2	17,5 - 19,0
Oui, les deux	-		1 754	18,0	17,3 - 18,8
Non	56,6		4 243	43,6	42,6 - 44,7
Ne sait pas	-		357	3,7	3,3 - 4,0
	(10 679)		(9 726)		

(1) Rapporté au nombre de femmes
(2) Rapporté au nombre d'enfants non transférés en réanimation, soins intensifs et néonatologie
(3) Formulation de la question différente en 2016 : conseils donnés depuis l'accouchement et réponse sous la forme oui/non

Tableau 47

Séjour de la mère en maternité

(Naissances vivantes en France métropolitaine)

	2016		2021		
	%	p	n	%	IC à 95 %
Durée du séjour dans la maternité d'accouchement après la naissance [1]					
≤ 2 jours	4,5	<,0001	1 481	12,4	11,8 - 13,0
3	37,1		5 209	43,5	42,6 - 44,4
4	36,1		3 355	28,0	27,2 - 28,8
5	13,6		1 119	9,3	8,8 - 9,9
≥ 6	8,7		816	6,8	6,4 - 7,3
	(12 486)		(11 980)		
Moyenne ± écart-type	4,0 ± 1,6			3,7 ± 1,6	
Durée si accouchement par voie basse et enfant non transféré [1]					
≤ 2 jours	5,0	<,0001	1 308	15,2	14,5 - 16,0
3	47,0		4 593	53,5	52,4 - 54,5
4	38,2		2 037	23,7	22,8 - 24,6
5	6,8		427	5,0	4,5 - 5,5
≥ 6	3,0		224	2,6	2,3 - 3,0
	(9 322)		(8 589)		
Moyenne ± écart-type	3,6 ± 1,0			3,3 ± 1,0	
Durée si accouchement par césarienne et enfant non transféré [1]					
≤ 2 jours	0,3	<,0001	22	1,1	0,7 - 1,7
3	5,5		325	16,6	15,0 - 18,3
4	35,5		993	50,6	48,4 - 52,9
5	41,9		470	24,0	22,1 - 25,9
≥ 6	16,8		151	7,7	6,6 - 9,0
	(1 982)		(1 961)		
Moyenne ± écart-type	4,9 ± 1,3			4,3 ± 1,1	

(1) Rapporté au nombre de femmes

Tableau 48

Caractéristiques des mères et du suivi prénatal chez les grossesses uniques et gémellaires

(Naissances vivantes en France métropolitaine)

	Grossesses				
	Uniques		Gémellaires		
	n	%	n	%	p
Âge de la femme ≥ 35 ans [1]	2 900	24,4	68	34,7	0,0009
	(11 883)		(196)		
Moyenne ± écart-type [1]		30,8 ± 5,3		32,4 ± 5,3	<,0001
Parité [1]					
0	4 895	41,4	77	39,5	0,1132
1	4 158	35,1	60	30,8	
2 ou plus	2 783	23,5	58	29,7	
	(11 836)		(195)		
État psychologique durant la grossesse [1]					
Bien	6 797	63,2	106	63,5	0,9149
Assez bien	2 628	24,5	39	23,3	
Assez mal, mal	1 325	12,3	22	13,2	
	(10 750)		(167)		
Au moins une consultation avec l'équipe de la maternité [1]	10 178	95,0	151	89,9	0,0028
	(10 715)		(168)		
Menace d'accouchement prématuré ayant nécessité une hospitalisation [1]	503	4,3	66	33,8	<,0001
	(11 803)		(195)		
Cure de corticoïdes [1]	500	4,2	77	40,3	<,0001
	(11 778)		(191)		

(1) Rapporté au nombre de femmes

Tableau 49

Caractéristiques de l'accouchement

chez les grossesses uniques et gémellaires

(Naissances vivantes en France métropolitaine)

	Grossesses				
	Uniques		Gémellaires		
	n	%	n	%	p
Statut de la maternité (1,2)					
CHU / CHR	2 413	20,3	81	41,1	<,0001
CH	5 972	50,3	82	41,6	
ESPIC (3)	917	7,7	13	6,6	
Privé à but lucratif	2 577	21,7	21	10,7	
	(11 879)		(197)		
Type d'autorisation de la maternité (1,2)					
Type I	2 418	20,4	16	8,1	<,0001
Type II A	3 448	29,0	42	21,3	
Type II B	2 880	24,2	43	21,8	
Type III	3 133	26,4	96	48,8	
	(11 879)		(197)		
Mode de début de travail (1)					
Spontané	7 630	64,4	56	28,7	<,0001
Déclenché	3 044	25,7	67	34,4	
Césarienne avant travail	1 169	9,9	72	36,9	
	(11 843)		(195)		
Mode d'accouchement (4)					
Voie basse non instrumentale	7 987	67,2	139	35,6	<,0001
Voie basse instrumentale	1 505	12,7	24	6,2	
Césarienne	2 393	20,1	227	58,2	
	(11 885)		(390)		

(1) Rapporté au nombre de femmes

(2) Femmes ayant accouché dans les maisons de naissances non incluses

(3) Etablissement de santé privé d'intérêt collectif

(4) Rapporté au nombre de naissances

Tableau 50

Caractéristiques des naissances uniques et gémellaires

(Naissances vivantes en France métropolitaine)

	Grossesses				
	Uniques		Gémellaires		
	n	%	n	%	p
Âge gestationnel [1]					
≤ 31 SA	109	0,9	31	8,0	<,0001
32-33	86	0,7	39	10,1	
34	70	0,6	38	9,9	
35	110	0,9	34	8,8	
36	275	2,3	61	15,8	
37	689	5,8	90	23,3	
38	1 946	16,5	75	19,4	
≥ 39	8 555	72,3	18	4,7	
	(11 840)		(386)		
Poids de naissance [1]					
< 1 000 g	43	0,4	13	3,4	<,0001
1 000 - 1 499	55	0,5	21	5,5	
1 500 - 1 999	106	0,9	56	14,6	
2 000 - 2 499	415	3,5	134	35,1	
2 500 - 2 999	2 216	19,0	123	32,2	
3 000 - 3 499	4 738	40,5	35	9,2	
≥ 3 500	4 118	35,2			
	(11 691)		(382)		
Transfert de l'enfant [1]					
Non	10 498	90,8	149	39,2	<,0001
Oui, en réanimation	276	2,4	74	19,5	
Oui, dans un autre service	793	6,8	157	41,3	
	(11 567)		(380)		

(1) Rapporté au nombre de naissances

Tableau 51 Comparaisons régionales, femmes âgées de 35 ans et plus

(Naissances vivantes)

	n	%	IC à 95%	p [2]
Métropole [1]	12 082	24,6	23,8 - 25,3	
Auvergne-Rhône-Alpes	1 521	23,4	21,3 - 25,6	0,2974
Bourgogne-Franche-Comté	468	23,3	19,5 - 27,4	0,5549
Bretagne	552	23,2	19,7 - 26,9	0,4888
Centre-Val de Loire	437	22,0	18,2 - 26,1	0,2216
Corse	48	25,0	13,6 - 39,6	1,0000
Grand Est	878	20,6	18,0 - 23,4	0,0060
Hauts-de-France	1 063	20,6	18,2 - 23,2	0,0024
Ile-de-France	2 965	30,0	28,4 - 31,7	<,0001
Normandie	559	16,3	13,3 - 19,6	<,0001
Nouvelle-Aquitaine	960	23,2	20,6 - 26,0	0,3488
Occitanie	1 046	25,3	22,7 - 28,1	0,5656
Provence-Alpes-Côte d'Azur	886	27,5	24,6 - 30,6	0,0424
Pays de la Loire	699	22,2	19,1 - 25,4	0,1472
DROM [3,4]	660	22,9	19,7 - 26,3	0,3423

(1) Rapporté au nombre de femmes
(2) Test binomial comparant chaque région à la métropole
(3) Guadeloupe, Saint-Martin, Guyane, Martinique, Mayotte, La Réunion
(4) Pour des résultats par DROM, consulter les rapports des extensions de l'ENP réalisées en Guadeloupe, Saint-Martin, Martinique, Mayotte et La Réunion

Tableau 52

Comparaisons régionales, femmes ayant un niveau d'études supérieur au baccalauréat

(Naissances vivantes)

	n	%	IC à 95%	p [2]
Métropole [1]	10 940	59,4	58,5 - 60,3	
Auvergne-Rhône-Alpes	1 401	62,0	59,4 - 64,5	0,0534
Bourgogne-Franche-Comté	428	53,0	48,2 - 57,8	0,0078
Bretagne	504	58,9	54,5 - 63,3	0,8207
Centre-Val de Loire	412	55,6	50,6 - 60,4	0,1198
Corse	41	48,8	32,9 - 64,9	0,2028
Grand Est	815	53,7	50,2 - 57,2	0,0010
Hauts-de-France	934	52,6	49,3 - 55,8	<,0001
Ile-de-France	2 637	67,3	65,5 - 69,1	<,0001
Normandie	530	48,1	43,8 - 52,5	<,0001
Nouvelle-Aquitaine	890	61,9	58,6 - 65,1	0,1332
Occitanie	917	53,2	49,9 - 56,5	<,0001
Provence-Alpes-Côte d'Azur	783	59,5	56,0 - 63,0	0,9709
Pays de la Loire	648	61,0	57,1 - 64,7	0,4473
DROM [3,4]	587	31,9	28,1 - 35,8	<,0001

(1) Rapporté au nombre de femmes
(2) Test binomial comparant chaque région à la métropole
(3) Guadeloupe, Saint-Martin, Guyane, Martinique, Mayotte, La Réunion
(4) Pour des résultats par DROM, consulter les rapports des extensions de l'ENP réalisées en Guadeloupe, Saint-Martin, Martinique, Mayotte et La Réunion

Tableau 53

Comparaisons régionales, femmes percevant des allocations chômage et/ou le RSA au sein du ménage

(Naissances vivantes)

	n	%	IC à 95%	p [2]
Métropole [1]	10 926	23,2	22,4 - 24,0	
Auvergne-Rhône-Alpes	1 402	20,3	18,2 - 22,5	0,0095
Bourgogne-Franche-Comté	425	23,8	19,8 - 28,1	0,7743
Bretagne	504	21,8	18,3 - 25,7	0,4929
Centre-Val de Loire	409	23,7	19,7 - 28,1	0,8149
Corse [3]	41	-		
Grand Est	813	26,0	23,0 - 29,1	0,0677
Hauts-de-France	934	29,6	26,6 - 32,6	<,0001
Ile-de-France	2 634	17,5	16,0 - 19,0	<,0001
Normandie	528	25,4	21,7 - 29,3	0,2568
Nouvelle-Aquitaine	888	24,9	22,1 - 27,9	0,2491
Occitanie	916	30,2	27,3 - 33,3	<,0001
Provence-Alpes-Côte d'Azur	784	26,3	23,2 - 29,5	0,0468
Pays de la Loire	648	23,5	20,2 - 26,9	0,8890
DROM [4,5]	583	36,0	32,1 - 40,1	<,0001

(1) Rapporté au nombre de femmes
(2) Test binomial comparant chaque région à la métropole
(3) Effectifs insuffisants
(4) Guadeloupe, Saint-Martin, Guyane, Martinique, Mayotte, La Réunion
(5) Pour des résultats par DROM, consulter les rapports des extensions de l'ENP réalisées en Guadeloupe, Saint-Martin, Martinique, Mayotte et La Réunion

Tableau 54

Comparaisons régionales, femmes ayant un indice de masse corporelle (IMC) ≥ 30

(Naissances vivantes)

	n	%	IC à 95%	p [2]
Métropole [1]	10 780	14,4	13,8 - 15,1	
Auvergne-Rhône-Alpes	1 390	12,8	11,1 - 14,7	0,0929
Bourgogne-Franche-Comté	423	16,1	12,7 - 19,9	0,3325
Bretagne	497	15,5	12,4 - 19,0	0,4827
Centre-Val de Loire	405	15,1	11,7 - 18,9	0,7234
Corse [3]	40	-		
Grand Est	806	16,9	14,3 - 19,6	0,0505
Hauts-de-France	928	17,2	14,9 - 19,8	0,0171
Ile-de-France	2 569	13,5	12,2 - 14,9	0,1964
Normandie	525	17,3	14,2 - 20,8	0,0621
Nouvelle-Aquitaine	879	13,5	11,3 - 16,0	0,5014
Occitanie	905	13,5	11,3 - 15,9	0,4490
Provence-Alpes-Côte d'Azur	771	11,7	9,5 - 14,1	0,0311
Pays de la Loire	642	15,7	13,0 - 18,8	0,3396
DROM [3,4]	437	22,4	18,6 - 26,6	<,0001

(1) Rapporté au nombre de femmes
(2) Test binomial comparant chaque région à la métropole
(3) effectifs insuffisants
(4) Guadeloupe, Saint-Martin, Guyane, Martinique, Mayotte, La Réunion
(5) Pour des résultats par DROM, consulter les rapports des extensions de l'ENP réalisées en Guadeloupe, Saint-Martin, Martinique, Mayotte et La Réunion

Tableau 55

Comparaisons régionales, consommation de tabac au 3ème trimestre de grossesse

(Naissances vivantes)

	n	%	IC à 95%	p (2)
Métropole (1)	10 922	12,2	11,6 - 12,8	
Auvergne-Rhône-Alpes	1 402	12,8	11,1 - 14,6	0,5136
Bourgogne-Franche-Comté	428	15,7	12,3 - 19,4	0,0320
Bretagne	504	15,9	12,8 - 19,4	0,0141
Centre-Val de Loire	412	16,3	12,8 - 20,2	0,0157
Corse (3)	40	-		
Grand Est	812	14,0	11,7 - 16,6	0,1077
Hauts-de-France	934	17,1	14,8 - 19,7	<,0001
Ile-de-France	2 631	5,9	5,1 - 6,9	<,0001
Normandie	530	15,1	12,1 - 18,4	0,0461
Nouvelle-Aquitaine	886	13,5	11,4 - 16,0	0,2178
Occitanie	913	15,9	13,6 - 18,4	0,0010
Provence-Alpes-Côte d'Azur	782	12,1	9,9 - 14,6	1,0000
Pays de la Loire	648	9,6	7,4 - 12,1	0,0411
DROM (4,5)	586	6,0	4,2 - 8,2	<,0001

(1) Rapporté au nombre de femmes
(2) Test binomial comparant chaque région à la métropole
(3) Effectifs insuffisants
(4) Guadeloupe, Saint-Martin, Guyane, Martinique, Mayotte, La Réunion
(5) Pour des résultats par DROM, consulter les rapports des extensions de l'ENP réalisées en Guadeloupe, Saint-Martin, Martinique, Mayotte et La Réunion

Tableau 56

Comparaisons régionales, prise d'acide folique avant la grossesse

(Naissances vivantes)

	n	%	IC à 95%	p [2]
Métropole [1]	10 550	28,3	27,4 - 29,1	
Auvergne-Rhône-Alpes	1 348	27,6	25,2 - 30,1	0,6072
Bourgogne-Franche-Comté	418	27,0	22,8 - 31,6	0,6250
Bretagne	484	33,9	29,7 - 38,3	0,0074
Centre-Val de Loire	403	27,8	23,5 - 32,4	0,8683
Corse	39	25,6	13,0 - 42,1	0,8592
Grand Est	788	27,9	24,8 - 31,2	0,8433
Hauts-de-France	902	22,6	19,9 - 25,5	0,0001
Ile-de-France	2 537	28,0	26,3 - 29,8	0,8084
Normandie	501	30,3	26,3 - 34,6	0,2980
Nouvelle-Aquitaine	864	27,8	24,8 - 30,9	0,7626
Occitanie	864	28,4	25,4 - 31,5	0,9699
Provence-Alpes-Côte d'Azur	771	28,0	24,9 - 31,3	0,9045
Pays de la Loire	631	35,3	31,6 - 39,2	0,0001
DROM [3,4]	550	10,0	7,6 - 12,8	<,0001

(1) Rapporté au nombre de femmes
(2) Test binomial comparant chaque région à la métropole
(3) Guadeloupe, Saint-Martin, Guyane, Martinique, Mayotte, La Réunion
(4) Pour des résultats par DROM, consulter les rapports des extensions de l'ENP réalisées en Guadeloupe, Saint-Martin, Martinique, Mayotte et La Réunion

Tableau 57

Comparaisons régionales, vaccination contre la grippe

(Naissances vivantes)

	n	%	IC à 95%	p [2]
Métropole [1]	10 838	30,4	29,6 - 31,3	
Auvergne-Rhône-Alpes	1 393	32,2	29,7 - 34,7	0,1623
Bourgogne-Franche-Comté	425	24,9	20,9 - 29,3	0,0132
Bretagne	500	40,6	36,3 - 45,0	<,0001
Centre-Val de Loire	412	27,4	23,2 - 32,0	0,1988
Corse [3]	39	-		
Grand Est	808	28,2	25,1 - 31,5	0,1809
Hauts-de-France	930	35,1	32,0 - 38,2	0,0024
Ile-de-France	2 598	30,6	28,9 - 32,4	0,8146
Normandie	525	33,0	28,9 - 37,2	0,2175
Nouvelle-Aquitaine	877	33,4	30,3 - 36,6	0,0564
Occitanie	910	21,2	18,6 - 24,0	<,0001
Provence-Alpes-Côte d'Azur	774	20,2	17,4 - 23,2	<,0001
Pays de la Loire	647	39,7	36,0 - 43,6	<,0001
DROM [4,5]	581	4,5	2,9 - 6,5	<,0001

(1) Rapporté au nombre de femmes
(2) Test binomial comparant chaque région à la métropole
(3) Effectifs insuffisants
(4) Guadeloupe, Saint-Martin, Guyane, Martinique, Mayotte, La Réunion
(5) Pour des résultats par DROM, consulter les rapports des extensions de l'ENP réalisées en Guadeloupe, Saint-Martin, Martinique, Mayotte et La Réunion

Tableau 58

Comparaisons régionales, réalisation d'un entretien prénatal précoce

(Naissances vivantes)

	n	%	IC à 95%	p [2]
Métropole [1]	10 925	36,5	35,6 - 37,4	
Auvergne-Rhône-Alpes	1 402	36,5	34,0 - 39,1	0,9779
Bourgogne-Franche-Comté	428	42,8	38,0 - 47,6	0,0077
Bretagne	504	44,8	40,4 - 49,3	0,0001
Centre-Val de Loire	413	35,6	31,0 - 40,4	0,7208
Corse	40	37,5	22,7 - 54,2	0,8712
Grand Est	814	33,0	29,8 - 36,4	0,0452
Hauts-de-France	934	37,2	34,0 - 40,3	0,6834
Ile-de-France	2 628	28,7	27,0 - 30,5	<,0001
Normandie	530	48,1	43,8 - 52,5	<,0001
Nouvelle-Aquitaine	888	50,6	47,2 - 53,9	<,0001
Occitanie	912	34,4	31,3 - 37,6	0,2033
Provence-Alpes-Côte d'Azur	784	35,1	31,7 - 38,5	0,4360
Pays de la Loire	648	36,9	33,2 - 40,7	0,8384
DROM [3,4]	587	31,9	28,1 - 35,8	0,0255

(1) Rapporté au nombre de femmes
(2) Test binomial comparant chaque région à la métropole
(3) Guadeloupe, Saint-Martin, Guyane, Martinique, Mayotte, La Réunion
(4) Pour des résultats par DROM, consulter les rapports des extensions de l'ENP réalisées en Guadeloupe, Saint-Martin, Martinique, Mayotte et La Réunion

Tableau 59

Comparaisons régionales, déclenchement du travail

(Naissances vivantes)

	n	%	IC à 95%	p [2]
Métropole [1]	12 041	25,8	25,1 - 26,6	
Auvergne-Rhône-Alpes	1 515	20,7	18,7 - 22,9	<,0001
Bourgogne-Franche-Comté	468	23,3	19,5 - 27,4	0,2246
Bretagne	549	26,2	22,6 - 30,1	0,8075
Centre-Val de Loire	437	26,1	22,0 - 30,5	0,9129
Corse	48	27,1	15,3 - 41,8	0,8691
Grand Est	874	26,3	23,4 - 29,4	0,7280
Hauts-de-France	1 064	25,3	22,7 - 28,0	0,7261
Ile-de-France	2 950	29,1	27,5 - 30,8	<,0001
Normandie	557	26,8	23,1 - 30,6	0,5947
Nouvelle-Aquitaine	957	25,4	22,7 - 28,3	0,7960
Occitanie	1 044	24,6	22,0 - 27,3	0,3961
Provence-Alpes-Côte d'Azur	882	25,2	22,3 - 28,2	0,7004
Pays de la Loire	696	27,0	23,7 - 30,5	0,4617
DROM [3,4]	657	21,9	18,8 - 25,3	0,0229

(1) Rapporté au nombre de femmes
(2) Test binomial comparant chaque région à la métropole
(3) Guadeloupe, Saint-Martin, Guyane, Martinique, Mayotte, La Réunion
(4) Pour des résultats par DROM, consulter les rapports des extensions de l'ENP réalisées en Guadeloupe, Saint-Martin, Martinique, Mayotte et La Réunion

Tableau 60

Comparaisons régionales, accouchement par césarienne

(Naissances vivantes)

	n	%	IC à 95%	p [2]
Métropole [1]	12 285	21,4	20,7 - 22,1	
Auvergne-Rhône-Alpes	1 541	19,3	17,3 - 21,3	0,0435
Bourgogne-Franche-Comté	473	19,2	15,8 - 23,1	0,2626
Bretagne	558	19,4	16,2 - 22,9	0,2562
Centre-Val de Loire	443	20,8	17,1 - 24,8	0,7724
Corse	51	23,5	12,8 - 37,5	0,7326
Grand Est	899	21,1	18,5 - 23,9	0,8709
Hauts-de-France	1 074	19,8	17,5 - 22,3	0,2196
Ile-de-France	3 017	23,5	22,0 - 25,1	0,0048
Normandie	567	18,2	15,1 - 21,6	0,0651
Nouvelle-Aquitaine	983	19,0	16,6 - 21,6	0,0735
Occitanie	1 069	21,2	18,8 - 23,8	0,9405
Provence-Alpes-Côte d'Azur	900	27,9	25,0 - 30,9	<,0001
Pays de la Loire	710	20,8	17,9 - 24,0	0,7488
DROM [3,4]	669	20,2	17,2 - 23,4	0,4795

(1) Rapporté au nombre de naissances
(2) Test binomial comparant chaque région à la métropole
(3) Guadeloupe, Saint-Martin, Guyane, Martinique, Mayotte, La Réunion
(4) Pour des résultats par DROM, consulter les rapports des extensions de l'ENP réalisées en Guadeloupe, Saint-Martin, Martinique, Mayotte et La Réunion

Tableau 61

Comparaisons régionales, épisiotomie chez les femmes ayant accouché par voie basse

(Naissances vivantes)

	n	%	IC à 95%	p [2]
Métropole [1]	9 467	8,3	7,7 - 8,8	
Auvergne-Rhône-Alpes	1 224	6,9	5,6 - 8,5	0,0873
Bourgogne-Franche-Comté	378	4,0	2,2 - 6,4	0,0014
Bretagne	444	4,3	2,6 - 6,6	0,0014
Centre-Val de Loire	346	10,4	7,3 - 14,1	0,1715
Corse [3]	37	-		
Grand Est	690	5,7	4,0 - 7,6	0,0105
Hauts-de-France	846	6,7	5,1 - 8,6	0,1051
Ile-de-France	2 261	11,3	10,0 - 12,6	<,0001
Normandie	452	9,3	6,8 - 12,3	0,4427
Nouvelle-Aquitaine	777	8,9	7,0 - 11,1	0,5584
Occitanie	823	9,2	7,3 - 11,4	0,3431
Provence-Alpes-Côte d'Azur	639	6,4	4,6 - 8,6	0,0854
Pays de la Loire	550	8,9	6,7 - 11,6	0,5887
DROM [4,5]	527	3,8	2,3 - 5,8	<,0001

(1) Rapporté au nombre de femmes
(2) Test binomial comparant chaque région à la métropole
(3) Effectifs insuffisants
(4) Guadeloupe, Saint-Martin, Guyane, Martinique, Mayotte, La Réunion
(5) Pour des résultats par DROM, consulter les rapports des extensions de l'ENP réalisées en Guadeloupe, Saint-Martin, Martinique, Mayotte et La Réunion

Tableau 62

Comparaisons régionales, prématurité (âge gestationnel < 37 SA)

(Naissances vivantes)

	n	%	IC à 95%	p [2]
Métropole [1]	12 235	7,0	6,6 - 7,5	
Auvergne-Rhône-Alpes	1 535	6,3	5,1 - 7,6	0,2512
Bourgogne-Franche-Comté	473	7,4	5,2 - 10,1	0,7197
Bretagne	555	5,6	3,8 - 7,8	0,2126
Centre-Val de Loire	443	7,7	5,4 - 10,6	0,5776
Corse [3]	51	-		
Grand Est	895	7,2	5,5 - 9,0	0,8960
Hauts-de-France	1 075	6,9	5,4 - 8,6	0,9051
Ile-de-France	2 996	7,5	6,6 - 8,5	0,3535
Normandie	565	5,7	3,9 - 7,9	0,2176
Nouvelle-Aquitaine	978	7,6	6,0 - 9,4	0,5319
Occitanie	1 066	6,2	4,8 - 7,8	0,3087
Provence-Alpes-Côte d'Azur	896	8,5	6,7 - 10,5	0,1023
Pays de la Loire	707	7,2	5,4 - 9,4	0,8257
DROM [4,5]	666	9,5	7,3 - 11,9	0,0187

(1) Rapporté au nombre de naissances
(2) Test binomial comparant chaque région à la métropole
(3) effectifs insuffisants
(4) Guadeloupe, Saint-Martin, Guyane, Martinique, Mayotte, La Réunion
(5) Pour des résultats par DROM, consulter les rapports des extensions de l'ENP réalisées en Guadeloupe, Saint-Martin, Martinique, Mayotte et La Réunion

Tableau 63

Comparaisons régionales, poids de naissance < 2 500 g

(Naissances vivantes)

	n	%	IC à 95%	p [2]
Métropole [1]	12 082	7,0	6,6 - 7,5	
Auvergne-Rhône-Alpes	1 517	7,1	5,8 - 8,5	1,0000
Bourgogne-Franche-Comté	471	7,9	5,6 - 10,7	0,4715
Bretagne	544	6,3	4,4 - 8,6	0,5571
Centre-Val de Loire	440	8,2	5,8 - 11,1	0,3510
Corse [3]	51	-		
Grand Est	887	7,2	5,6 - 9,1	0,8439
Hauts-de-France	1 058	6,7	5,3 - 8,4	0,7186
Ile-de-France	2 960	6,6	5,7 - 7,5	0,3146
Normandie	562	6,9	5,0 - 9,4	1,0000
Nouvelle-Aquitaine	971	7,9	6,3 - 9,8	0,2862
Occitanie	1 053	7,5	6,0 - 9,3	0,5472
Provence-Alpes-Côte d'Azur	877	7,2	5,6 - 9,1	0,8432
Pays de la Loire	691	6,8	5,0 - 8,9	0,8818
DROM [4,5]	657	10,0	7,9 - 12,6	0,0046

(1) Rapporté au nombre de naissances
(2) Test binomial comparant chaque région à la métropole
(3) Effectifs insuffisants
(4) Guadeloupe, Saint-Martin, Guyane, Martinique, Mayotte, La Réunion
(5) Pour des résultats par DROM, consulter les rapports des extensions de l'ENP réalisées en Guadeloupe, Saint-Martin, Martinique, Mayotte et La Réunion

Tableau 64

Comparaisons régionales, allaitement maternel exclusif ou mixte à la sortie de la maternité

(Naissances vivantes)

	n	%	IC à 95%	p [2]
Métropole [1]	9 761	69,7	68,8 - 70,6	
Auvergne-Rhône-Alpes	1 273	72,2	69,6 - 74,6	0,0585
Bourgogne-Franche-Comté	363	67,5	62,4 - 72,3	0,3608
Bretagne	434	62,7	57,9 - 67,2	0,0017
Centre-Val de Loire	363	64,5	59,3 - 69,4	0,0300
Corse	37	64,9	47,5 - 79,8	0,5914
Grand Est	727	66,2	62,6 - 69,6	0,0394
Hauts-de-France	849	57,8	54,4 - 61,2	<,0001
Ile-de-France	2 317	81,2	79,5 - 82,7	<,0001
Normandie	469	58,4	53,8 - 62,9	<,0001
Nouvelle-Aquitaine	810	68,1	64,8 - 71,3	0,3390
Occitanie	840	67,5	64,2 - 70,7	0,1647
Provence-Alpes-Côte d'Azur	704	73,0	69,6 - 76,3	0,0592
Pays de la Loire	575	61,2	57,1 - 65,2	<,0001
DROM [3,4]	485	89,9	86,9 - 92,4	<,0001

(1) Rapporté au nombre de naissances parmi les enfants non transférés
(2) Test binomial comparant chaque région à la métropole
(3) Guadeloupe, Saint-Martin, Guyane, Martinique, Mayotte, La Réunion
(4) Pour des résultats par DROM, consulter les rapports des extensions de l'ENP réalisées en Guadeloupe, Saint-Martin, Martinique, Mayotte et La Réunion

Tableau 65

Participation au suivi à 2 mois

(Naissances vivantes en France métropolitaine)

	QC [1]		QP		QNR		Refus		
	n	%	n	%	n	%	n	%	p
Passation par internet [2]	4 801	71,4	579	85,9					
	(6 720)		(674)						
Âge de l'enfant [2]									
51-60 jours	3 249	48,3	306	45,4					
61-74	2 500	37,2	226	33,5					
≥ 75	971	14,5	142	21,1					
	(6 720)		(674)						
Naissance unique [2]	6 632	98,7	658	97,6	2 459	97,9	1 033	98,8	0,0074
	(6 720)		(674)		(2 513)		(1 046)		
Âge de la femme [2]									
15-24 ans	562	8,4	94	14,0	380	15,1	173	16,6	<,0001
25-29	1 850	27,5	218	32,3	730	29,1	283	27,1	
30-39	3 949	58,8	337	50,0	1 260	50,1	531	50,8	
≥ 40	359	5,3	25	3,7	143	5,7	58	5,5	
	(6 720)		(674)		(2 513)		(1 045)		
Nationalité française [2]	5 944	88,5	575	85,3	1 929	76,9	759	72,6	<,0001
	(6 715)		(674)		(2 510)		(1 045)		
Niveau > baccalauréat [2]	4 522	67,3	347	51,5	1 176	46,9	452	43,5	<,0001
	(6 715)		(674)		(2 506)		(1 040)		
Parité [2]									
0	2 994	44,6	261	38,8	931	37,3	361	35,4	<,0001
1	2 438	36,3	247	36,8	837	33,5	335	32,9	
≥ 2	1 278	19,1	164	24,4	731	29,2	323	31,7	
	(6 710)		(672)		(2 499)		(1 019)		
Vie en couple [2]	6 458	96,2	632	93,8	2 341	93,2	951	91,2	<,0001
	(6 713)		(674)		(2 513)		(1 043)		
Sexe de l'enfant [3]									
Masculin	3 476	52,3	344	51,0	1 255	50,6	518	53,3	0,3774
Féminin	3 173	47,7	331	49,0	1 226	49,4	454	46,7	
	(6 649)		(675)		(2 481)		(972)		
Prématurité (AG < 37 SA) [3]	419	6,2	52	7,5	204	8,0	57	5,5	0,0048
	(6 795)		(690)		(2 554)		(1 032)		
Poids de naissance < 2 500g [3]	413	6,1	51	7,4	192	7,6	60	6,1	0,0555
	(6 763)		(689)		(2 542)		(991)		
Transfert à la naissance [3]	631	9,4	73	10,7	282	11,2	98	10,0	0,0718
	(6 693)		(681)		(2 513)		(976)		

(1) QC = questionnaire complet, QP = questionnaire partiel, QNR = accord à la naissance mais pas de participation, refus = refus du suivi à 2 mois dès la naissance. Cinq femmes ont participé au suivi à 2 mois, mais sont exclues des analyses en raison du non retour des enfants à domicile lors du remplissage du questionnaire
(2) Rapporté au nombre de femmes
(3) Rapporté au nombre de naissances

Tableau 66

Caractéristiques du partenaire

(Naissances vivantes en France métropolitaine)

	% [1]	IC à 95 %
Partenaire [2]		
Oui	94,1	93,3 - 94,8
Non	5,9	5,2 - 6,7
	(7 287)	
Âge du partenaire [2]		
15-19 ans	0,3	0,2 - 0,5
20-29	23,0	22,0 - 24,1
30-39	59,9	58,6 - 61,2
≥ 40	16,8	15,7 - 17,9
	(6 939)	
Moyenne ± erreur-type	3,8 ± 0,09	
Nationalité [2]		
Française	85,3	84,1 - 86,3
Autre pays d'Europe	3,6	3,1 - 4,3
Afrique du Nord	4,8	4,2 - 5,5
Autre pays d'Afrique	5,0	4,3 - 5,8
Autre nationalité	1,3	1,0 - 1,7
	(6 943)	
Pays de naissance [2]		
France	79,9	78,6 - 81,0
Autre pays d'Europe	3,8	3,2 - 4,5
Afrique du Nord	7,6	6,9 - 8,4
Autre pays d'Afrique	6,7	5,9 - 7,5
Autre pays	2,0	1,6 - 2,5
	(6 921)	
Profession [2,3,4]		
Agriculteur exploitant	1,5	1,2 - 1,9
Artisan, commerçant et chef d'entreprise	9,4	8,6 - 10,2
Cadre et profession intellectuelle supérieure	21,7	20,7 - 22,7
Profession intermédiaire	19,8	18,7 - 21,0
Employé	12,2	11,4 - 13,1
Ouvrier	32,6	31,2 - 33,9
Sans profession	2,8	2,3 - 3,4
	(6 102)	
Situation à 2 mois [2]		
Emploi [5]	89,0	88,1 - 89,9
Au chômage	8,3	7,5 - 9,1
Etudiant	0,8	0,6 - 1,1
Autre situation	1,9	1,5 - 2,3
	(6 918)	
Congé (paternité, annuel ou parental) **pris à l'issue de la naissance** [2]		
Oui	60,2	58,9 - 61,5
Non, mais prévu	12,9	12,1 - 13,8
N'en prendra pas	26,9	25,7 - 28,1
	(6 905)	

(1) Pourcentages pondérés
(2) Rapporté au nombre de femmes
(3) Codage automatisé de la profession à partir du programme SICORE (INSEE)
(4) Profession actuelle ou la dernière exercée
(5) Y compris chômage partiel lié à la Covid

Tableau 67

Vécu de la grossesse et de l'accouchement

(Naissances vivantes en France métropolitaine)

	% [1]	IC à 95 %
Vécu de la grossesse [2]		
Période agréable à vivre	32,9	31,7 - 34,1
Période assez agréable	51,6	50,3 - 52,9
Période difficile	11,6	10,8 - 12,6
Période très difficile	3,9	3,4 - 4,5
	(7 384)	
Sources de difficultés [3]		
Sensation de solitude	27,5	26,1 - 29,0
Sensation de journées longues	41,6	40,0 - 43,1
Manque de conseils/ accompagnement des professionnels	12,0	11,0 - 13,1
Sensation de fatigue intense	72,5	71,1 - 73,8
Stress lié à l'accouchement ou à l'enfant à naitre	56,8	55,2 - 58,3
Nausées, vomissements ou douleurs dorsales	70,6	69,2 - 72,0
	(4 930)	
Satisfaction de la prise en charge médicale et du suivi de la grossesse [2]		
Très satisfaite	61,8	60,5 - 63,0
Plutôt satisfaite	34,6	33,4 - 35,8
Plutôt insatisfaite	2,9	2,4 - 3,4
Très insatisfaite	0,7	0,5 - 1,0
	(7 362)	
Accompagnement des professionnels en salle de naissance ou au bloc opératoire [2]		
Très présents	68,0	66,8 - 69,2
Assez présents	26,8	25,7 - 27,9
Peu présents	4,5	4,0 - 5,0
Pas disponibles	0,7	0,5 - 0,9
	(7 323)	
Satisfaction de la prise en charge en salle de naissance [2]		
Très satisfaite	76,1	75,0 - 77,2
Plutôt satisfaite	20,1	19,1 - 21,1
Plutôt insatisfaite	2,5	2,2 - 3,0
Très insatisfaite	1,3	1,0 - 1,6
	(7 327)	
Souvenir de l'accouchement [2]		
Très bon	53,3	52,0 - 54,6
Plutôt bon	35,0	33,8 - 36,2
Plutôt mauvais	8,7	8,0 - 9,4
Très mauvais	3,0	2,6 - 3,5
	(7 300)	
Recommandation d'accouchement au même endroit à une proche [2]		
Oui	89,9	89,0 - 90,7
Non	5,9	5,2 - 6,6
Ne se prononce pas	4,2	3,6 - 4,9
	(7 304)	

(1) Pourcentages pondérés
(2) Rapporté au nombre de femmes
(3) Rapporté au nombre de femmes ayant coché au moins une réponse dans la liste proposée

Tableau 68

Séjour en maternité

(Naissances vivantes en France métropolitaine)

	% [1]	IC à 95 %
Nouveau-né confié à la nurserie de la maternité au moins une fois [2]		
Oui	30,1	28,8 - 31,3
Non	69,9	68,7 - 71,2
	(6 586)	
Accompagnement des professionnels lors du séjour en maternité [3]		
Très présents	53,0	51,8 - 54,3
Assez présents	38,6	37,3 - 39,8
Peu présents	7,3	6,7 - 8,0
Pas disponibles	1,1	0,8 - 1,4
	(7 306)	
Satisfaction des méthodes utilisées pour soulager la douleur après l'accouchement [3]		
Très satisfaite	49,8	48,5 - 51,1
Plutôt satisfaite	35,6	34,4 - 36,8
Peu satisfaite	6,5	5,9 - 7,2
Pas du tout satisfaite	2,0	1,6 - 2,4
Pas de douleur	6,1	5,5 - 6,7
	(7 297)	
Durée de séjour à la maternité [3]		
Trop courte	6,9	6,2 - 7,7
Adaptée	74,3	73,1 - 75,5
Trop longue	18,8	17,7 - 19,8
	(7 295)	

(1) Pourcentages pondérés
(2) Rapporté au nombre d'enfants non transférés
(3) Rapporté au nombre de femmes

Tableau 69

Comportements inappropriés pendant la grossesse ou l'accouchement

(Naissances vivantes en France métropolitaine)

	% [1]	IC à 95 %
Paroles inappropriées des professionnels de santé [2]		
Jamais	70,2	69,0 - 71,3
Très rarement	17,7	16,8 - 18,7
Parfois	10,9	10,1 - 11,6
Souvent	1,2	0,9 - 1,6
	(7 345)	
Gestes inappropriés des professionnels de santé [2]		
Jamais	83,0	82,0 - 84,0
Très rarement	10,3	9,6 - 11,1
Parfois	6,1	5,5 - 6,8
Souvent	0,6	0,4 - 0,8
	(7 341)	
Attitudes inappropriées des professionnels de santé [2]		
Jamais	74,8	73,7 - 75,9
Très rarement	14,6	13,8 - 15,5
Parfois	9,6	8,8 - 10,3
Souvent	1,0	0,7 - 1,3
	(7 348)	
Si paroles ou gestes ou attitudes inappropriés, moment de survenue [3]		
Consultations de suivi de grossesse	36,7	34,7 - 38,6
Echographies	19,6	18,0 - 21,3
Consultations aux urgences	18,6	17,0 - 20,2
Pose de l'anesthésie	13,9	12,5 - 15,4
Accouchement	25,1	23,3 - 26,9
Séjour à la maternité	47,2	45,2 - 49,2
Autre moment	4,5	3,7 - 5,4
	(2 872)	

(1) Pourcentages pondérés
(2) Rapporté au nombre de femmes
(3) Rapporté au nombre de femmes ayant coché au moins une réponse dans la liste proposée

Tableau 70

Accord pour la réalisation des soins

(Naissances vivantes en France métropolitaine)

	% [1]	IC à 95 %
Accord demandé avant la réalisation d'un toucher vaginal [1]		
Jamais	4,2	3,7 - 4,8
Oui, parfois	11,0	10,1 - 11,9
Oui, systématiquement	78,0	76,9 - 79,1
Pas de toucher réalisé	4,7	4,2 - 5,2
Ne sait plus	2,1	1,7 - 2,5
	(7 339)	
Administration d'ocytocine artificielle par perfusion pendant l'accouchement [2]		
Oui	30,6	29,4 - 31,8
Non	55,4	54,1 - 56,7
Ne sait pas	14,0	13,1 - 15,0
	(7 331)	
Si oui, accord demandé pour débuter le produit [2]		
Oui	70,9	68,8 - 72,9
Non	19,9	18,1 - 21,7
Ne sait plus	9,2	8,0 - 10,6
	(2 264)	
Réalisation d'une épisiotomie [2]		
Oui	9,6	8,8 - 10,4
Non	88,0	87,1 - 88,9
Ne sait pas	2,4	1,9 - 3,0
	(7 337)	
Si oui, accord demandé pour la réaliser [2]		
Oui	40,9	36,7 - 45,3
Non	51,8	47,4 - 56,1
Ne sait plus	7,3	5,3 - 9,7
	(672)	
Réalisation d'une césarienne non programmée ou en urgence [2]		
Oui	15,4	14,5 - 16,3
Non	84,6	83,7 - 85,5
Ne sait plus	0,0	0,0 - 0,2
	(7 341)	
Si oui, accord demandé pour la réaliser [2]		
Oui	59,5	56,2 - 62,7
Non	34,5	31,4 - 37,7
Ne sait plus	6,0	4,7 - 7,7
	(1 099)	

(1) Pourcentages pondérés
(2) Rapporté au nombre de femmes

Tableau 71

Littératie en santé pendant l'accouchement et durant le séjour en suites de naissance [1]

(Naissances vivantes en France métropolitaine)

	% [2]	IC à 95 %
Avoir de bonnes discussions sur la santé avec ... [3]		
Impossible ou toujours difficile	0,6	0,4 - 0,8
Généralement difficile	2,4	1,9 - 2,8
Parfois difficile	9,0	8,3 - 9,9
Généralement facile	44,0	42,8 - 45,3
Toujours facile	44,0	42,7 - 45,3
Discuter avec les professionnels de santé jusqu'à comprendre tout ... [3]		
Impossible ou toujours difficile	0,8	0,5 - 1,2
Généralement difficile	2,5	2,1 - 3,0
Parfois difficile	11,0	10,2 - 11,9
Généralement facile	45,2	44,0 - 46,5
Toujours facile	40,5	39,2 - 41,7
Poser des questions aux professionnels de santé ... [3]		
Impossible ou toujours difficile	0,7	0,4 - 1,0
Généralement difficile	1,9	1,5 - 2,2
Parfois difficile	10,3	9,5 - 11,2
Généralement facile	43,5	42,3 - 44,8
Toujours facile	43,6	42,3 - 44,9
S'assurer que les professionnels de santé comprennent ... [3]		
Impossible ou toujours difficile	1,1	0,8 - 1,5
Généralement difficile	2,6	2,2 - 3,0
Parfois difficile	12,2	11,4 - 13,1
Généralement facile	44,9	43,6 - 46,1
Toujours facile	39,2	38,0 - 40,5
Se sentir capable de discuter des problèmes de santé ... [3]		
Impossible ou toujours difficile	0,8	0,5 - 1,1
Généralement difficile	2,1	1,7 - 2,6
Parfois difficile	8,9	8,2 - 9,7
Généralement facile	43,3	42,1 - 44,6
Toujours facile	44,9	43,6 - 46,1
Moyenne ± erreur-type	4,3 ± 0,01	
Score < 3,5 [3]	11,4	10,5 - 12,3
	(7 276)	

(1) Littératie en santé = motivation et capacité des personnes à accéder à l'information, à la comprendre et à l'utiliser de manière à promouvoir et à maintenir une bonne santé. Module 6 du Health Literacy Questionnaire (HLQ)
(2) Pourcentages pondérés
(3) Rapporté au nombre de femmes ayant répondu aux 5 questions du module

Tableau 72

Visites à domicile depuis la sortie de la maternité

(Naissances vivantes en France métropolitaine)

	% [1]	IC à 95 %
Visite d'une sage-femme [2]	79,1	78,0 - 80,2
	(7 299)	
Si oui, nombre de visites [2]		
1	21,8	20,7 - 22,9
2	39,4	38,1 - 40,8
≥ 3	38,8	37,4 - 40,1
	(5 931)	
Si oui, visites dans le cadre [2]		
Du PRADO [3]	47,4	46,0 - 48,8
D'une HAD [3]	1,4	1,1 - 1,7
De la PMI [3]	7,4	6,5 - 8,3
D'un autre dispositif	0,5	0,3 - 0,7
Pas de dispositif spécifique	22,5	21,4 - 23,7
Ne sait pas	20,8	19,6 - 22,0
	(5 931)	
Visite d'une puéricultrice [2]	19,5	18,5 - 20,6
	(7 237)	
Si oui, nombre de visites [2]		
1	38,8	35,9 - 41,8
2	23,5	20,9 - 26,2
≥ 3	37,7	34,7 - 40,8
	(1 290)	
Si oui, visites dans le cadre [2]		
D'une HAD [3]	4,9	3,6 - 6,5
De la PMI [3]	71,0	68,1 - 73,9
D'un autre dispositif	0,8	0,4 - 1,5
Pas de dispositif spécifique	10,9	8,9 - 13,0
Ne sait pas	12,4	10,3 - 14,6
	(1 297)	

(1) Pourcentages pondérés
(2) Rapporté au nombre de femmes
(3) PRADO = Programme d'accompagnement du retour à domicile, HAD = Hospitalisation à domicile, PMI = Protection maternelle et infantile

Tableau 73

Santé de la femme

(Naissances vivantes en France métropolitaine)

	% [1]	IC à 95 %
Vaccination contre la coqueluche réalisée au cours des 10 dernières années [2]		
Oui, vaccination à jour avant la grossesse	48,8	47,5 - 50,1
Oui, vaccination réalisée pendant la grossesse	1,4	1,1 - 1,7
Oui, vaccination réalisée après l'accouchement	17,1	16,1 - 18,1
Non	17,1	16,0 - 18,2
Ne sait pas	15,6	14,6 - 16,7
	(6 727)	
Handicap déclaré par la femme [2]	1,9	1,6 - 2,3
	(6 732)	
Si oui, prise en charge médicale de la grossesse considérée comme adaptée au handicap [2,3]		
Lors de l'inscription à la maternité	78,7	69,2 - 86,3
Pendant le suivi de la grossesse	76,2	66,3 - 84,4
Pendant l'accouchement	79,8	70,4 - 87,4
Pendant le séjour à la maternité	72,1	62,3 - 80,6
Depuis le retour à la maison	67,9	57,8 - 76,9
	(120)	
Différence de poids en kg (poids 2 mois post-partum - poids avant grossesse) (moyenne ± erreur-type) selon l'IMC avant grossesse [2]		
< 18,5	6,1 ± 0,33	
18,5-24,9	4,6 ± 0,08	
25,0-29,9	3,5 ± 0,17	
≥ 30	- 0,3 ± 0,28	
	(6 406)	
Méthode contraceptive actuelle [2,3,4]		
Aucune	24,0	22,9 - 25,2
Pilule	39,3	38,0 - 40,5
Dispositif intra-utérin	10,3	9,5 - 11,1
Implant	4,2	3,7 - 4,8
Préservatif (masculin ou féminin)	20,3	19,3 - 21,3
Retrait	3,3	2,9 - 3,8
Abstinence périodique	1,9	1,6 - 2,3
Autre méthode	0,9	0,6 - 1,1
	(7 247)	
Reprise des rapports sexuels depuis la naissance [2]		
Oui	61,5	60,3 - 62,8
Non	34,0	32,8 - 35,2
Ne souhaite pas répondre	4,5	3,9 - 5,1
	(7 236)	

(1) Pourcentages pondérés
(2) Rapporté au nombre de naissances
(3) Rapporté au nombre de femmes ayant coché au moins une réponse dans la liste proposée
(4) Même sans reprise des rapports

Tableau 74

Ressenti au retour à domicile et santé mentale

(Naissances vivantes en France métropolitaine)

	% [1]	IC à 95 %
Score EPDS à 2 mois du post-partum [2,3]		
0-9	70,7	69,5 - 71,9
10-12	12,6	11,7 - 13,5
≥ 13	16,7	15,7 - 17,7
	(7 133)	
Moyenne ± erreur-type	7,0 ± 0,07	
Santé mentale depuis l'adolescence		
Suivi avec un psychologue (≥ 3 mois) [3]	13,1	12,3 - 14,0
	(6 719)	
Suivi avec un psychiatre (≥ 3mois) [3]	4,4	3,9 - 4,9
	(6 715)	
Hospitalisation [3]	2,3	2,0 - 2,8
	(6 714)	
Ressenti depuis la naissance de l'enfant [3]		
Période agréable	26,8	25,6 - 28,0
Période assez agréable, malgré quelques difficultés	56,5	55,2 - 57,8
Période difficile	13,0	12,2 - 13,9
Période très difficile	3,7	3,2 - 4,2
	(7 254)	
Sources de difficultés [4]		
Journées longues	28,7	27,4 - 30,1
Sentiment de solitude	37,3	35,9 - 38,7
Manque de conseils pour s'occuper de l'enfant	16,2	15,1 - 17,2
Difficultés à s'occuper de l'enfant	22,8	21,6 - 24,0
Fatigue	92,4	91,5 - 93,2
Allaitement parfois compliqué	48,7	47,2 - 50,1
Etat de santé de l'enfant	39,5	38,1 - 40,9
Etat de santé de la femme	33,4	32,0 - 34,8
	(5 443)	
Personnes proches en cas de graves difficultés personnelles [3]		
Aucune personne	3,5	3,0 - 4,2
1 à 2	31,7	30,5 - 32,9
3 à 5	42,3	41,1 - 43,5
6 ou plus	22,5	21,4 - 23,6
	(7 234)	
Douleurs physiques liées à l'accouchement encore présentes [3]	24,6	23,5 - 25,7
	(7 247)	

(1) Pourcentages pondérés
(2) Echelle d'évaluation de la dépression du post-partum en 10 questions
(3) Rapporté au nombre de femmes
(4) Rapporté au nombre de femmes ayant coché au moins une réponse dans la liste proposée

Tableau 75

Situation de vie

(Naissances vivantes en France métropolitaine)

	% [1]	IC à 95 %
Situation à 2 mois vis-à-vis de l'emploi [2]		
N'a pas repris le travail	73,2	71,9 - 74,5
Ne travaillait pas pendant la grossesse	24,6	23,3 - 25,9
A repris son activité professionnelle	2,2	1,9 - 2,6
	(7 284)	
Mode de garde prévu ou actuel si emploi [3]		
Accueil individuel (assistante maternelle)	31,5	30,3 - 32,6
Accueil collectif (crèche, halte-jeux)	30,4	29,3 - 31,6
La mère ou le partenaire	30,1	28,9 - 31,5
La famille ou les proches	13,5	12,6 - 14,5
Ne sait pas	8,7	8,0 - 9,5
	(6 792)	

(1) Pourcentages pondérés
(2) Rapporté au nombre de femmes
(3) Rapporté au nombre de naissances, avec au moins une réponse cochée dans la liste proposée

Tableau 76

Consommation de tabac

(Naissances vivantes en France métropolitaine)

	% [1]	IC à 95 %
Un an avant la grossesse, consommation de cigarettes éléctroniques [2]		
Non	94,6	94,0 - 95,2
Oui, sans nicotine	0,8	0,6 - 1,0
Oui, avec nicotine	3,6	3,1 - 4,1
Oui, sans et avec nicotine	0,8	0,6 - 1,1
Oui, sans précision	0,2	0,1 - 0,3
	(6 722)	
Au 3ème trimestre de la grossesse, consommation de cigarettes éléctroniques [2]		
Non	98,7	98,3 - 98,9
Oui	1,3	1,1 - 1,7
	(6 724)	
Si oui, tous les jours [2]	74,6	64,0 - 83,3
	(94)	
Si fumeuse avant grossesse, diminution ou arrêt de consommation de cigarettes "classiques" au cours de la grossesse [2]		
Oui	87,5	85,6 - 89,2
Non	12,5	10,8 - 14,4
	(1 782)	
Si oui, sources de motivations [3]		
Santé de la femme	55,9	53,2 - 58,6
Santé de l'enfant	99,3	98,7 - 99,7
Conseils de l'entourage	26,9	24,5 - 29,4
Prix du tabac	26,5	24,2 - 28,8
Autre raison	2,2	1,4 - 3,3
	(1 561)	

(1) Pourcentages pondérés
(2) Rapporté au nombre de femmes
(3) Rapporté au nombre de femmes ayant coché au moins une réponse dans la liste proposée

Tableau 77

Consommation de tabac, de cannabis et d'alcool depuis la naissance

(Naissances vivantes en France métropolitaine)

	% [1]	IC à 95 %
Consommation actuelle de cigarettes [2]		
Non	83,3	82,3 - 84,3
Oui, cigarettes classiques	14,6	13,7 - 15,5
Oui, cigarettes électroniques	1,5	1,2 - 1,8
Oui, les deux	0,6	0,4 - 0,8
	(6 662)	
Nombre moyen de cigarettes classiques par jour (moyenne ± erreur-type)	8,2 ± 0,2	7,8 - 8,6
	(940)	
Depuis le retour à domicile, consommation de cannabis [2]		
Non	99,5	99,2 - 99,6
Oui	0,5	0,4 - 0,8
	(6 719)	
Si oui, fréquence de consommation [2]		
< 10 fois par mois	54,6	36,1 - 72,2
≥ 10 fois par mois	45,4	27,8 - 63,9
	(34)	
Depuis le retour à domicile, consommation d'alcool [2]		
Jamais	64,9	63,7 - 66,1
1 fois par mois ou moins	15,0	14,1 - 15,9
2 à 4 fois par mois	14,8	13,9 - 15,6
2 à 3 fois par semaine	4,4	3,9 - 4,9
Au moins 4 fois par semaine	0,9	0,7 - 1,2
	(6 723)	
Si consommation, quantité consommée au cours d'une semaine [2]		
< 1 verre	50,9	48,9 - 52,9
1 à 4	44,0	42,0 - 46,0
5 à 10	4,7	3,9 - 5,6
≥ 11	0,4	0,2 - 0,7
	(2 610)	

(1) Pourcentages pondérés
(2) Rapporté au nombre de femmes

Tableau 78

Conseils donnés par les professionnels de santé

(Naissances vivantes en France métropolitaine)

	% [1]	IC à 95 %
Information reçue sur le rôle et les modalités de contact de la PMI [2,3]	81,9	80,9 - 82,8
	(7 158)	
Si oui, information reçue [4]		
Pendant la grossesse	46,0	44,6 - 47,4
A la maternité	61,0	59,6 - 62,4
Après le retour à domicile	67,4	66,0 - 68,7
Lors d'une grossesse précédente	46,9	45,4 - 48,3
Autre moment	4,0	3,4 - 4,5
	(5 844)	
Conseils pour calmer ou soulager les pleurs du bébé reçus pendant la grossesse ou depuis l'accouchement [2]	49,6	48,3 - 50,8
	(7 147)	
Si oui, conseils donnés par [4]		
Les professionnels de la maternité	63,1	61,4 - 64,8
Les proches	76,1	74,5 - 77,6
Des professionnels de santé libéraux (sage-femme, médecin généraliste, pédiatre)	81,8	80,3 - 83,2
La PMI [3]	39,1	37,3 - 40,9
Autres personnes	6,2	5,4 - 7,1
	(3 563)	
Conseils pour coucher le bébé sur le dos donnés par les professionnels de santé [4]		
Pas de conseils	6,7	6,0 - 7,5
Oui, pendant la grossesse	37,9	36,7 - 39,2
Oui, après l'accouhement à la maternité	76,2	75,0 - 77,4
Oui, après la sortie de la maternité	43,2	42,0 - 44,5
Ne sait pas	3,2	2,7 - 3,7
	(7 158)	

(1) Pourcentages pondérés
(2) Rapporté au nombre de femmes
(3) PMI = Protection Maternelle et Infantile
(4) Rapporté au nombre de femmes ayant coché au moins une réponse dans la liste proposée

Tableau 79

État de santé du nourrisson *(partie 1)*

(Naissances vivantes en France métropolitaine)

	% [1]	IC à 95 %
Nouveau-né rentré à domicile [2]		
En même temps que la mère	95,4	94,8 - 96,0
Rentré avant la mère	0,2	0,1 - 0,3
Rentré après la mère	3,7	3,1 - 4,2
Toujours hospitalisé	0,7	0,5 - 1,1
	(7 490)	
Nourrisson actuellement [3]		
En bonne santé	85,7	84,7 - 86,6
Plutôt en bonne santé	13,5	12,7 - 14,4
Plutôt en mauvaise santé	0,8	0,5 - 1,1
	(7 252)	
Professionnel ayant réalisé l'examen de la deuxième semaine [3]		
Un pédiatre	39,5	38,3 - 40,8
Un médecin généraliste	34,9	33,6 - 36,1
Un médecin de PMI	6,8	6,1 - 7,6
Autre professionnel	6,5	6,0 - 7,2
Pas d'examen	12,3	11,4 - 13,2
	(7 115)	
Professionnel de santé qui suit principalement l'enfant [3,4]		
Pédiatre en ville	43,1	41,8 - 44,4
Généraliste en ville	42,2	40,9 - 43,5
Professionnel de la PMI	12,3	11,4 - 13,4
Autres *(dont pédiatre hospitalier)*	2,4	2,0 - 2,9
	(6 793)	
Nourrisson vacciné contre la tuberculose [3,4]		
Oui	15,3	14,3 - 16,3
Non	84,7	83,7 - 85,7
	(6 745)	
Nourrisson vacciné contre le rotavirus [3,4]		
Oui	8,5	7,8 - 9,2
Non	91,5	90,8 - 92,2
	(6 623)	

(1) Pourcentages pondérés
(2) Rapporté au nombre de naissances
(3) Rapporté au nombre d'enfants rentrés à domicile
(4) Au moment du remplissage du questionnaire

Tableau 80

État de santé du nourrisson *(partie 2)*

(Naissances vivantes en France métropolitaine)

	% [1]	IC à 95 %
Consultation aux urgences depuis la naissance [2]	15,7	14,7 - 16,6
	(6 787)	
Si oui, nombre de consultations [2]		
1	82,6	79,8 - 85,1
≥ 2	17,4	14,9 - 20,2
	(1 003)	
Si oui, âge de la première consultation aux urgences [2]		
≤ 8 jours de vie	9,2	7,4 - 11,3
9-30	50,1	46,6 - 53,5
Plus d'un mois de vie	40,7	37,4 - 44,2
	(1 005)	
Hospitalisation du nourrisson depuis la sortie de la maternité [2]	7,2	6,6 - 8,0
	(6 779)	
Si oui, nombre d'hospitalisations [2]		
1	94,1	91,3 - 96,2
2	5,0	3,2 - 7,5
≥ 3	0,9	0,1 - 2,9
	(456)	

(1) Pourcentages pondérés
(2) Rapporté au nombre de naissances

Tableau 81

Alimentation de l'enfant

(Naissances vivantes en France métropolitaine)

	% [1]	IC à 95 %
Initiation de l'allaitement maternel [2]		
Oui	74,2	73,1 - 75,3
Non	25,8	24,7 - 26,9
	(6 796)	
Si oui,		
Le nourrisson a consommé du lait premier âge du commerce [2]		
Oui, régulièrement	44,5	42,9 - 46,1
Oui, occasionnellement	17,1	15,9 - 18,3
Non	38,4	36,9 - 39,9
	(5 023)	
Depuis la sortie de la maternité, soutien reçu par les professionnels de santé pour des problèmes d'allaitement [2]		
Oui	30,2	28,9 - 31,6
Non, mais du soutien aurait été utile	16,8	15,6 - 18,1
Non, n'a pas ressenti le besoin	46,6	45,0 - 48,2
Plus d'allaitement après la sortie de la maternité	6,4	5,6 - 7,1
	(5 010)	
Si oui, moment du soutien [3]		
Lors des visites à domicile	72,2	69,8 - 74,5
Lors des consultations	62,9	60,4 - 65,4
Par téléphone	30,1	27,8 - 32,5
	(1 653)	
Alimentation actuelle du nourrisson si initiation de l'allaitement maternel [4]		
Allaitement maternel exclusif	46,3	44,7 - 47,8
Allaitement mixte	26,7	25,2 - 28,2
Lait premier âge du commerce	27,0	25,6 - 28,5
	(5 018)	
Si uniquement du lait du commerce, age de l'enfant à l'arrêt de l'allaitement [2,4]		
≤ 7 jours	27,7	25,0 - 30,5
8-21	28,2	25,1 - 31,4
22-45	32,2	29,4 - 35,1
> 45	11,9	10,2 - 13,9
	(1 291)	
Alimentation actuelle du nourrisson [2,4]		
Allaitement maternel exclusif	34,4	33,1 - 35,6
Allaitement mixte	19,8	18,7 - 21,0
Lait premier âge du commerce	45,8	44,5 - 47,2
	(6 790)	

(1) Pourcentages pondérés
(2) Rapporté au nombre de naissances
(3) Rapporté au nombre de naissance, avec au moins une réponse coché dans la liste proposée
(4) Dépend de la temporalité de réponse au questionnaire

Tableau 82

Sommeil du couple mère / enfant

(Naissances vivantes en France métropolitaine)

	% [1]	IC à 95 %
Au cours des dernières nuits, lieu de couchage du nourrisson [2]		
Seul dans une pièce	15,6	14,7 - 16,5
Dans son lit dans la chambre des parents	70,7	69,5 - 71,9
Dans le lit des parents	12,4	11,4 - 13,3
Dans son lit dans les chambre d'autres personnes (frères, sœurs,...)	0,8	0,6 - 1,1
Dans le lit d'autres personnes (frères, sœurs,...)	0,5	0,3 - 0,7
	(6 779)	
Au cours des dernières nuits, mode de couchage du nourrisson [2]		
Sur le dos		
Jamais	2,2	1,6 - 2,9
Rarement	2,0	1,7 - 2,5
Parfois	4,6	3,9 - 5,2
Souvent	11,6	10,8 - 12,5
Toujours	79,6	78,4 - 80,7
	(6 783)	
Sur le ventre		
Jamais	82,7	81,6 - 83,8
Rarement	6,9	6,2 - 7,6
Parfois	6,1	5,5 - 6,8
Souvent	2,6	2,2 - 3,0
Toujours	1,7	1,2 - 2,3
	(6 784)	
Sur le côté		
Jamais	56,5	55,2 - 57,9
Rarement	14,6	13,7 - 15,5
Parfois	20,0	18,9 - 21,2
Souvent	7,3	6,5 - 8,0
Toujours	1,6	1,2 - 2,0
	(6 782)	
Au cours de la semaine écoulée, nombre de réveils entre 23 heures et 6 heures [2]		
Aucun	17,5	16,5 - 18,5
1	36,8	35,5 - 38,1
2	29,0	27,9 - 30,3
≥ 3	16,7	15,7 - 17,7
	(6 755)	
Sur les 7 dernières nuits, nombre d'heures d'affilée de sommeil de la mère entre 23 heures et 6 heures (moyenne ± erreur-type) [3]	4,6 ± 0,02	
	(6 622)	

(1) Pourcentages pondérés
(2) Rapporté au nombre de naissances
(3) Rapporté au nombre de femmes

Tableau 83

Consommation des produits d'hygiène et de cosmétique

(Naissances vivantes en France métropolitaine)

	% [1]	IC à 95 %
Changement des habitudes de consommation des produits d'hygiène et cosmétique [2]		
Lors d'une précédente grossesse	17,1	16,1 - 18,1
Avant cette grossesse	12,1	11,2 - 13,0
Au début de cette grossesse	26,2	25,0 - 27,3
Au cours du second ou troisième trimestre de cette grossesse	19,4	18,3 - 20,4
Depuis la naissance du bébé	22,5 (6 708)	21,4 - 23,6
Changement de produit ou arrêt d'utilisation pour des raisons liées à la santé de la mère et/ou de l'enfant [2]		
Gel douche	68,7 (1 395)	65,9 - 71,3
Savon solide pour le corps	65,7 (512)	60,9 - 70,3
Produit d'hygiène intime	67,0 (1 023)	63,6 - 70,2
Lotion ou crème pour le corps	70,4 (1 446)	67,8 - 73,0
Lotion ou crème pour le visage	65,3 (1 163)	62,2 - 68,4
Déodorant	73,9 (1 390)	71,2 - 76,5
Parfum ou eau de toilette	74,7 (1 592)	72,2 - 77,1
Maquillage	58,5 (1 089)	55,1 - 61,8
Vernis à ongle	73,2 (1 424)	70,6 - 75,6
Dissolvant	73,4 (1 359)	70,8 - 76,0
Coloration pour les cheveux	74,6 (934)	71,5 - 77,6
Autres produits	67,2 (302)	61,2 - 72,8

(1) Pourcentages pondérés
(2) Rapporté au nombre de femmes

Tableau 84

Violences faites aux femmes au cours des 12 derniers mois

(Naissances vivantes en France métropolitaine)

	% [1]	IC à 95 %
Violences psychologiques [2]		
Non	91,9	91,1 - 92,6
Oui, pendant la grossesse	3,7	3,2 - 4,2
Oui, depuis la naissance	0,5	0,4 - 0,7
Oui, les deux	1,8	1,5 - 2,2
Ne souhaite pas répondre	2,1	1,7 - 2,5
	(6 701)	
Si oui, par [2]		
Le partenaire	25,3	20,8 - 30,1
Un homme connu par la femme	31,3	26,5 - 36,4
Une femme connue par la femme	24,4	20,2 - 29,0
Un homme inconnu par la femme	19,2	15,4 - 23,4
Une femme inconnue par la femme	13,9	10,7 - 17,6
	(404)	
Si oui, au moins deux fois	58,7	53,5 - 63,8
	(399)	
Violences physiques [2]		
Non	97,8	97,3 - 98,2
Oui, pendant la grossesse	0,9	0,7 - 1,2
Oui, depuis la naissance	0,2	0,1 - 0,4
Oui, les deux	0,2	0,1 - 0,3
Ne souhaite pas répondre	0,9	0,7 - 1,2
	(6 696)	
Si oui, par [2]		
Le partenaire	34,5	24,0 - 46,2
Un homme connu ou inconnu par la femme	45,1	32,9 - 57,8
Une femme connue ou inconnue par la femme	19,1	10,5 - 30,5
	(81)	
Si oui, au moins deux fois	27,7	17,8 - 39,6
	(80)	
Violences à caractère sexuel [2]		
Non	99,1	98,7 - 99,4
Oui, pendant la grossesse et/ou depuis la naissance par un homme	0,3	0,1 - 0,6
Ne souhaite pas répondre	0,6	0,4 - 0,9
	(6 692)	

(1) Pourcentages pondérés
(2) Rapporté au nombre de femmes

Tableau 85 a

Caractéristiques des maternités [1] selon le type d'autorisation

(France métropolitaine, non compris les maisons de naissance)

	2016					2021					
	I (211) n	IIA (140) n	IIB (82) n	III (60) n	Total (493) n	I (170) n	IIA (139) n	IIB (84) n	III (60) n	Total (453) n	p [3]
Statut											
CHR / CHU	2	4	5	36	47	1	5	5	36	47	0,8447
CH	109	87	67	24	287	93	84	68	24	269	
ESPIC [2]	18	6	4	0	28	16	8	4	0	28	
Privé	81	43	6	0	130	60	42	7	0	109	
Nombre annuel d'accouchements											
< 500	58	0	0	0	58	50	1	0	0	51	0,9721
500 à 999	99	41	6	0	146	84	51	6	0	141	
1000 à1499	38	41	19	0	98	24	41	25	0	90	
1500 à 1999	10	26	23	6	65	6	24	17	5	52	
2000 à 3499	5	29	32	32	98	6	17	34	37	94	
≥ 3500	0	3	2	22	27	0	5	2	18	25	
Région											
Auvergne-Rhône-Alpes	27	21	7	6	61	23	21	8	6	58	-
Bourgogne-Franche-Comté	7	6	7	2	22	4	6	7	2	19	
Bretagne	8	9	2	4	23	6	10	2	4	22	
Centre-Val de Loire	11	4	4	2	21	8	4	4	2	18	
Corse	2	0	2	0	4	2	0	2	0	4	
Grand Est	21	12	10	5	48	17	10	10	5	42	
Hauts de France	21	14	9	7	51	16	14	8	7	45	
Île-de-France	25	26	17	15	83	20	27	17	15	79	
Normandie	10	8	3	4	25	8	8	3	4	23	
Nouvelle Aquitaine	27	8	8	5	48	22	8	8	5	43	
Occitanie	22	17	3	4	46	18	16	4	4	42	
Pays de la Loire	10	6	4	3	23	10	5	5	3	23	
Provence-Alpes-Côte d'Azur	19	9	6	3	37	16	10	6	3	35	

(1) En 2016, 4 maternités ont refusé de participer. En 2021, 3 refus de participation (1 de niveau I de moins de 999 accouchements annuels, 1 de niveau I de moins de 2999 accouchements et 1 de niveau II A de moins de 3499 accouchements)
(2) ESPIC = Etablissement de santé privé d'intérêt collectif
(3) Test comparant la distribution totale de 2016 à celle de 2021

Tableau 85 b

Caractéristiques des maternités [1]

selon le nombre annuel d'accouchements

(France métropolitaine, non compris les maisons de naissance)

	2016						2021					
	<500	500-999	1000-1499	1500-1999	2000-3499	≥3500	<500	500-999	1000-1499	1500-1999	2000-3499	≥3500
	(58)	(146)	(98)	(65)	(98)	(27)	(51)	(141)	(90)	(52)	(94)	(25)
	n	n	n	n	n	n	n	n	n	n	n	n
Statut												
CHR / CHU	1	0	1	2	29	14	1	0	1	2	30	13
CH	43	96	64	35	40	9	39	94	64	24	41	7
ESPIC [2]	2	5	3	7	10	1	3	5	3	6	9	2
Privé	12	45	30	21	19	3	8	42	22	20	14	3
Type d'autorisation												
I	58	99	38	10	5	0	50	84	24	6	6	0
II A	0	41	41	26	29	3	1	51	41	24	17	5
II B	0	6	19	23	32	2	0	6	25	17	34	2
III	0	0	0	6	32	22	0	0	0	5	37	18
Région												
Auvergne-Rhône-Alpes	6	14	17	11	9	4	6	17	13	11	8	3
Bourgogne-Franche-Comté	4	5	4	6	3	0	2	4	8	2	3	0
Bretagne	1	11	2	1	7	1	2	8	3	4	3	2
Centre-Val de Loire	6	6	3	2	2	2	3	6	5	0	3	1
Corse	1	2	1	0	0	0	2	2	0	0	0	0
Grand Est	8	17	7	8	8	0	7	18	5	2	10	0
Hauts de France	3	16	15	6	9	2	4	16	10	5	9	1
Ile-de-France	2	17	13	9	33	9	0	19	12	9	30	9
Normandie	3	9	4	3	6	0	4	6	3	4	6	0
Nouvelle Aquitaine	10	15	10	7	5	1	8	12	13	3	6	1
Occitanie	9	16	9	4	5	3	8	14	7	5	4	4
Pays de la Loire	0	10	3	3	3	4	2	8	3	2	5	3
Provence-Alpes-Côte d'Azur	5	8	10	5	8	1	3	11	8	5	7	1

(1) En 2016, 4 maternités ont refusé de participer; 3 refus en 2021

(2) ESPIC = Etablissement de santé privé d'intérêt collectif

Tableau 86 a

Équipement des maternités selon le type d'autorisation

(France métropolitaine, non compris les maisons de naissance)

	2016					2021					
	I	IIA	IIB	III	Total	I	IIA	IIB	III	Total	
	%	%	%	%	%	%	%	%	%	%	p [2]
Emplacement du bloc obstétrical pour les césariennes [1]											
Secteur naissance ou contigu	61,2	81,4	86,6	100,0	76,0	80,6	90,6	97,6	100,0	89,4	<,0001
Même bâtiment	36,4	18,6	13,4	0,0	23,0	17,1	9,4	2,4	0,0	9,7	
Autre bâtiment	2,4	0,0	0,0	0,0	1,0	2,3	0,0	0,0	0,0	0,9	
	(209)	(140)	(82)	(60)	(491)	(170)	(139)	(84)	(60)	(453)	
Présence sur site de											
Une salle de réveil 24h/24	73,2	90,6	95,1	98,3	84,9	82,9	91,4	98,8	98,3	90,5	0,0087
	(209)	(139)	(81)	(60)	(489)	(170)	(139)	(84)	(60)	(453)	
Une unité de surveillance continue	79,2	83,5	90,2	88,1	83,4	78,8	84,2	90,5	86,7	83,7	0,9024
	(207)	(139)	(82)	(59)	(487)	(170)	(139)	(84)	(60)	(453)	
Un service de réanimation adulte/soins intensifs	15,9	55,7	89,0	86,7	48,2	18,8	59,0	88,1	91,7	53,6	0,0927
	(208)	(140)	(82)	(60)	(490)	(170)	(139)	(84)	(60)	(453)	
Si pas de service de réanimation adulte, distance du service de réanimation le plus proche ≥ 30 km	45,3	25,8	0,0	0,0	37,5	51,4	25,0	10,0	0,0	41,1	0,4184
	(172)	(62)	(9)	(8)	(251)	(138)	(56)	(10)	(5)	(209)	
Présence sur site d'une unité kangourou	3,8	37,4	53,7	71,7	30,0	5,3	53,2	61,9	86,7	41,3	0,0003
	(209)	(139)	(82)	(60)	(490)	(170)	(139)	(84)	(60)	(453)	
Présence sur site d'une pièce pour regrouper les nouveau-nés	-	-	-	-	-	75,3	79,1	66,7	75,0	74,8	
						(170)	(139)	(84)	(60)	(453)	
Si service de néonatologie, programme de soins de développement (y compris le NIDCAP)	-	-	-	-	-	-	9,0	27,4	51,7	23,6	
							(134)	(84)	(58)	(276)	
Equipement pour accueillir les femmes à mobilité réduite	65,9	77,0	77,8	84,7	73,3	69,4	81,3	83,3	85,0	77,7	0,1176
	(208)	(139)	(81)	(59)	(487)	(170)	(139)	(84)	(60)	(453)	
Travail en réseau avec au moins un centre périnatal de proximité	-	-	-	-	-	24,1	33,8	41,7	35,0	31,8	
						(170)	(139)	(84)	(60)	(453)	

(1) Seule la situation la plus favorable a été présentée lorsque plusieurs réponses étaient cochées
(2) Test comparant la distribution totale de 2016 à celle de 2021

Tableau 86 b

Équipement des maternités selon le nombre annuel d'accouchements

(France métropolitaine, non compris les maisons de naissance)

	2016						2021					
	<500	500-999	1000-1499	1500-1999	2000-3499	≥3500	<500	500-999	1000-1499	1500-1999	2000-3499	≥3500
	%	%	%	%	%	%	%	%	%	%	%	%
Emplacement du bloc obstétrical pour les césariennes [1]												
Secteur naissance ou contigu	35,1	63,0	85,7	93,8	90,8	100,0	58,8	83,0	97,8	98,1	100,0	100,0
Même bâtiment	61,4	34,9	14,3	6,2	9,2	0,0	33,3	17,0	2,2	1,9	0,0	0,0
Autre bâtiment	3,5	2,1	0,0	0,0	0,0	0,0	7,9	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
	(57)	(146)	(98)	(65)	(98)	(27)	(51)	(141)	(90)	(52)	(94)	(25)
Présence sur site de												
Une salle de réveil 24h/24	74,1	80,8	84,5	85,9	92,8	100,0	90,2	82,3	91,1	94,2	98,9	96,0
	(58)	(146)	(97)	(64)	(97)	(27)	(51)	(141)	(90)	(52)	(94)	(25)
Une unité de surveillance continue	71,9	84,7	82,7	86,2	87,5	81,5	80,4	80,1	87,8	94,2	83,0	76,0
	(57)	(144)	(98)	(65)	(96)	(27)	(51)	(141)	(90)	(52)	(94)	(25)
Un service de réanimation adulte/soins intensifs	12,1	33,3	54,1	66,2	65,3	77,8	19,6	37,6	62,2	69,2	73,4	76,0
	(58)	(144)	(98)	(65)	(98)	(27)	(51)	(141)	(90)	(52)	(94)	(25)
Si pas de service de réanimation adulte, distance du service de réanimation le plus proche ≥ 30 km	75,5	49,5	20,9	0,0	0,0	0,0	85,4	50,6	20,6	0,0	0,0	0,0
	(49)	(97)	(43)	(22)	(34)	(6)	(41)	(87)	(34)	(16)	(25)	(6)
Présence sur site d'une unité kangourou	1,7	14,4	21,6	44,6	54,6	81,5	2,0	23,4	41,1	42,3	74,5	96,0
	(58)	(146)	(97)	(65)	(97)	(27)	(51)	(141)	(90)	(52)	(94)	(25)
Présence sur site d'une pièce pour regrouper les nouveau-nés	-	-	-	-	-	-	70,6	76,6	73,3	80,8	70,2	84,0
							(51)	(141)	(90)	(52)	(94)	(25)
Si service de néonatologie, programme de soins de développement (y compris le NIDCAP)				-	-	-	-	9,1	12,5	28,3	29,1	58,3
								(55)	(64)	(46)	(86)	(24)
Equipement pour accueillir les femmes à mobilité réduite	43,9	71,7	75,5	81,3	80,4	92,3	70,6	66,0	83,3	80,8	86,2	100,0
	(57)	(145)	(98)	(64)	(97)	(26)	(51)	(141)	(90)	(52)	(94)	(25)
Travail en réseau avec au moins un centre périnatal de proximité			-	-	-	-	27,5	33,3	35,6	32,7	30,9	20,0
							(51)	(141)	(90)	(52)	(94)	(25)

(1) Seule la situation la plus favorable a été présentée lorsque plusieurs réponses étaient cochées

Tableau 87 a

Gestion du dossier médical selon le type d'autorisation

(France métropolitaine, non compris les maisons de naissance)

	2016					2021					
	I	IIA	IIB	III	Total	I	IIA	IIB	III	Total	
	%	%	%	%	%	%	%	%	%	%	p [3]
Dossier médical [1]											
Papier	62,7	54,3	61,0	53,3	58,9	12,4	15,1	17,9	15,0	14,6	-
Informatisé	37,3	45,7	39,0	46,7	41,1	22,3	23,0	33,3	25,0	24,9	
Les deux	-	-	-	-	-	65,3	61,9	48,8	60,0	60,5	
	(209)	(138)	(82)	(60)	(489)	(170)	(139)	(84)	(60)	(453)	
Si dossier informatisé, commun à plusieurs structures											
Non	-	-	-	-	-	68,3	65,2	55,9	53,1	63,1	
Oui, commun non partagé	-	-	-	-	-	17,9	13,1	8,8	16,3	14,6	
Oui, commun et partagé	-	-	-	-	-	13,8	21,7	35,3	30,6	22,3	
						(145)	(115)	(68)	(49)	(377)	
Structure concernée par le dossier commun [2]											
Ensemble des structures du réseau	-	-	-	-	-	18,6	29,7	13,8	9,1	19,1	
Une partie des structures du réseau	-	-	-	-	-	65,1	62,2	51,7	63,6	61,1	
Un ou plusieurs centres périnatals de proximité (CPP)	-	-	-	-	-	7,0	8,1	34,5	27,3	16,8	
Autres structures	-	-	-	-	-	9,3	0,0	0,0	0,0	3,0	
						(43)	(37)	(29)	(22)	(131)	

(1) En 2016, dossier médical informatisé dès le premier contact
(2) En 2016, uniquement les réseaux de santé en périnatalité
(3) Test comparant la distribution totale de 2016 à celle de 2021

Tableau 87 b

Gestion du dossier médical selon le nombre annuel d'accouchements

(France métropolitaine, non compris les maisons de naissance)

	2016						2021					
	<500	500-999	1000-1499	1500-1999	2000-3499	≥3500	<500	500-999	1000-1499	1500-1999	2000-3499	≥3500
	%	%	%	%	%	%	%	%	%	%	%	%
Dossier médical [1]												
Papier	70,2	60,3	60,2	58,7	51,0	51,9	23,5	9,2	18,9	13,5	13,8	16,0
Informatisé	29,8	39,7	39,8	41,3	49,0	48,1	25,5	19,2	23,3	36,5	28,7	24,0
Les deux	-	-	-	-	-	-	51,0	71,6	57,8	50,0	57,5	60,0
	(57)	(146)	(98)	(63)	(98)	(27)	(51)	(141)	(90)	(52)	(94)	(25)
Si dossier informatisé, commun à plusieurs structures												
Non	-	-	-	-	-	-	52,6	69,6	64,3	64,4	57,0	60,0
Oui, commun non partagé	-	-	-	-	-	-	21,1	14,4	12,9	15,6	12,6	15,0
Oui, commun et partagé	-	-	-	-	-	-	26,3	16,0	22,8	20,0	30,4	25,0
							(38)	(125)	(70)	(45)	(79)	(20)
Structure concernée par le dossier commun [2]												
Ensemble des structures du réseau	-	-	-	-	-	-	27,8	33,3	9,1	13,3	9,1	14,3
Une partie des structures du réseau	-	-	-	-	-	-	61,0	55,5	50,0	86,7	60,6	71,4
Un ou plusieurs centres périnatals de proximité (CPP)	-	-	-	-	-	-	5,6	5,6	36,4	0,0	30,3	14,3
Autres structures	-	-	-	-	-	-	5,6	5,6	4,5	0,0	0,0	0,0
							(18)	(36)	(22)	(15)	(33)	(7)

(1) En 2016, dossier médical informatisé dès le premier contact
(2) En 2016, uniquement les réseaux de santé en périnatalité

Tableau 88 a

Gestion des codages du Programme de Médicalisation des Systèmes d'Information (PMSI) selon le type d'autorisation

(France métropolitaine, non compris les maisons de naissance)

	2021				
	I	IIA	IIB	III	Total
	%	%	%	%	%
Codage des diagnostics PMSI des séjours maternels par					
Un médecin sénior	26,5	22,3	26,2	35,0	26,3
Une sage-femme	43,5	42,4	58,3	75,0	50,1
Un interne	2,4	2,9	13,1	13,3	6,0
Un assistant administratif	25,9	15,8	13,1	18,3	19,4
Une personne du DIM de l'établissement	81,8	79,9	75,0	68,3	78,1
D'autres catégories de personnel	5,3	4,3	2,4	1,7	4,0
	(170)	(139)	(84)	(60)	(453)
Codage des diagnostics PMSI des séjours de l'enfant par					
Un pédiatre	27,6	28,3	38,1	40,0	31,4
Une sage-femme	25,3	28,3	39,3	38,3	30,5
Un interne	1,2	2,9	1,2	5,0	2,2
Une infirmière puéricultrice	3,5	5,1	7,1	6,7	5,1
Un assistant administratif	21,8	15,9	16,7	23,3	19,2
Une personne du DIM de l'établissement	81,8	78,3	71,4	70,0	77,2
D'autres catégories de personnel	5,9	5,8	2,4	0,0	4,4
	(170)	(139)	(84)	(60)	(453)

Tableau 88 b

Gestion des codages du Programme de Médicalisation des Systèmes d'Information (PMSI) selon le nombre annuel d'accouchements

(France métropolitaine, non compris les maisons de naissance)

	2021					
	<500	500-999	1000-1499	1500-1999	2000-3499	≥3500
	%	%	%	%	%	%
Codage des diagnostics PMSI des séjours maternels par						
Un médecin sénior	25,5	27,0	21,1	26,9	34,0	12,0
Une sage-femme	51,0	49,6	42,2	44,2	57,4	64,0
Un interne	0,0	2,8	6,7	9,6	11,7	4,0
Un assistant administratif	27,5	20,6	24,4	19,2	11,7	8,0
Une personne du DIM de l'établissement	82,4	80,9	82,2	71,2	73,4	72,0
D'autres catégories de personnel	0,0	1,4	7,8	5,8	6,4	0,0
	(51)	(141)	(90)	(52)	(94)	(25)
Codage des diagnostics PMSI des séjours de l'enfant par						
Un pédiatre	17,6	31,2	28,1	32,7	42,6	28,0
Une sage-femme	27,5	32,6	30,3	28,8	27,7	40,0
Un interne	0,0	2,8	1,1	1,9	4,3	0,0
Une infirmière puéricultrice	2,0	6,4	6,7	3,8	4,3	4,0
Un assistant administratif	23,5	18,4	22,5	19,2	18,1	8,0
Une personne du DIM de l'établissement	80,4	82,3	78,7	71,2	71,3	72,0
D'autres catégories de personnel	3,9	2,8	7,8	3,8	5,3	0,0
	(51)	(141)	(89)	(52)	(94)	(25)

Tableau 89 a

Personnel médical en salle de naissance selon le type d'autorisation

(France métropolitaine, non compris les maisons de naissance)

	2016					2021					
	I	IIA	IIB	III	Total	I	IIA	IIB	III	Total	
	%	%	%	%	%	%	%	%	%	%	p [2]
Présence en permanence d'un médecin pour réaliser des césariennes	92,8	97,8	100,0	100,0	96,3	97,1	99,3	100,0	100,0	98,7	0,0215
	(208)	(139)	(82)	(59)	(488)	(170)	(139)	(84)	(60)	(453)	
Présence d'un gynécologue-obstétricien											
En permanence dans l'établissement [1]	31,0	71,4	90,2	100,0	60,8	42,4	76,3	90,5	100,0	69,3	0,0185
Pas de présence systématique la journée en semaine	8,6	5,0	2,4	0,0	5,5	8,2	1,4	0,0	0,0	3,5	
	(210)	(140)	(82)	(60)	(492)	(170)	(139)	(84)	(60)	(453)	
Présence d'un pédiatre											
En permanence dans l'établissement [1]	8,6	28,6	92,7	100,0	39,4	12,9	35,3	96,4	100,0	46,8	0,0073
Pas de présence systématique la journée en semaine	35,2	7,9	1,2	0,0	17,5	22,4	8,6	0,0	0,0	11,0	
	(210)	(140)	(82)	(60)	(492)	(170)	(139)	(84)	(60)	(453)	
Présence d'un anesthésiste-réanimateur											
En permanence dans l'établissement [1]	58,1	95,7	100,0	100,0	80,9	65,3	96,4	100,0	100,0	85,9	0,0930
Pas de présence systématique la journée en semaine	2,9	0,7	0,0	0,0	1,4	4,1	0,0	0,0	0,0	1,5	
	(210)	(140)	(82)	(60)	(492)	(170)	(139)	(84)	(60)	(453)	
Présence d'un interne en obstétrique											
En permanence dans l'établissement [1]	5,2	25,7	65,9	100,0	32,7	4,7	22,3	66,7	100,0	34,2	0,6270
	(210)	(140)	(82)	(60)	(492)	(170)	(139)	(84)	(60)	(453)	
Présence d'un interne en pédiatrie											
En permanence dans l'établissement [1]	1,9	13,6	51,2	81,7	23,2	1,2	13,7	40,5	78,3	22,5	0,8109
	(210)	(140)	(82)	(60)	(492)	(170)	(139)	(84)	(60)	(453)	
Présence d'un interne en anesthésie-réanimation											
En permanence dans l'établissement [1]	0,5	10,0	31,7	75,0	17,5	0,0	17,3	36,9	88,3	23,8	0,0163
	(209)	(140)	(82)	(60)	(491)	(170)	(139)	(84)	(60)	(453)	

(1) Sur place jour, nuit et week-end
(2) Test comparant la distribution totale de 2016 à celle de 2021

Tableau 89 b

Personnel médical en salle de naissance

selon le nombre annuel d'accouchements

(France métropolitaine, non compris les maisons de naissance)

	2016						2021					
	<500	500-999	1000-1499	1500-1999	2000-3499	≥3500	<500	500-999	1000-1499	1500-1999	2000-3499	≥3500
	%	%	%	%	%	%	%	%	%	%	%	%
Présence en permanence d'un médecin pour réaliser des césariennes	91,4	95,2	94,8	98,5	100,0	100,0	98,0	98,6	98,9	98,1	98,9	100,0
	(58)	(145)	(96)	(65)	(97)	(27)	(51)	(141)	(90)	(52)	(94)	(25)
Présence d'un gynécologue-obstétricien												
En permanence dans l'établissement [1]	19,0	24,7	64,3	98,5	100,0	100,0	31,4	38,3	82,2	98,1	100,0	100,0
Pas de présence systématique la journée en semaine	6,9	9,6	9,2	0,0	0,0	0,0	5,9	7,8	1,1	1,9	0,0	0,0
	(58)	(146)	(98)	(65)	(98)	(27)	(51)	(141)	(90)	(52)	(94)	(25)
Présence d'un pédiatre												
En permanence dans l'établissement [1]	6,9	11,6	29,6	61,5	80,6	92,6	19,6	14,2	47,8	59,6	89,4	96,0
Pas de présence systématique la journée en semaine	34,5	23,3	27,6	6,2	0,0	3,7	15,7	20,6	11,1	3,8	1,1	0,0
	(58)	(146)	(98)	(65)	(98)	(27)	(51)	(141)	(90)	(52)	(94)	(25)
Présence d'un anesthésiste-réanimateur												
En permanence dans l'établissement [1]	39,7	69,9	84,7	100,0	100,0	100,0	54,9	75,2	95,6	98,1	98,9	100,0
Pas de présence systématique la journée en semaine	1,7	2,7	2,0	0,0	0,0	0,0	2,0	3,5	0,0	1,9	0,0	0,0
	(58)	(146)	(98)	(65)	(98)	(27)	(51)	(141)	(90)	(52)	(94)	(25)
Présence d'un interne en obstétrique												
En permanence dans l'établissement [1]	0,0	8,2	25,5	46,2	71,4	88,9	5,9	10,6	25,6	42,3	76,6	80,0
	(58)	(146)	(98)	(65)	(98)	(27)	(51)	(141)	(90)	(52)	(94)	(25)
Présence d'un interne en pédiatrie												
En permanence dans l'établissement [1]	0,0	8,9	14,3	33,8	45,9	74,1	3,9	7,1	15,6	25,0	51,1	60,0
	(58)	(146)	(98)	(65)	(98)	(27)	(51)	(141)	(90)	(52)	(94)	(25)
Présence d'un interne en anesthésie-réanimation												
En permanence dans l'établissement [1]	0,0	2,1	9,2	20,0	40,8	77,8	0,0	5,7	13,3	26,9	59,6	72,0
	(58)	(145)	(98)	(65)	(98)	(27)	(51)	(141)	(90)	(52)	(94)	(25)

(1) Sur place jour, nuit et week-end

Tableau 90 a

Équipes soignantes en salle de naissance [1] selon le type d'autorisation

(France métropolitaine, non compris les maisons de naissance)

	2016					2021					
	I	IIA	IIB	III	Total	I	IIA	IIB	III	Total	
	m	m	m	m	m	m	m	m	m	m	p [5]
Effectif moyen de sages-femmes présentes [2,3]											
Jour de semaine	1,3	2,0	2,2	3,2	1,9	1,3	2,0	2,6	3,5	2,1	-
Nuit de semaine	1,2	1,8	2,1	3,0	1,7	1,2	1,8	2,3	3,3	1,9	-
Jour de week end	1,3	1,9	2,2	3,1	1,8	1,3	1,9	2,4	3,4	2,0	-
	(210)	(140)	(82)	(60)	(492)	(170)	(139)	(84)	(60)	(453)	
Effectif moyen d'aides-soignantes ou auxiliaires de puériculture dédiées											
Jour de semaine	1,1	1,5	1,9	3,0	1,6	1,1	1,4	2,0	2,9	1,6	-
Nuit de semaine	1,0	1,3	1,6	2,5	1,4	1,0	1,3	1,8	2,6	1,4	-
Jour de week end	1,1	1,5	1,8	2,9	1,5	1,1	1,4	1,9	2,7	1,5	-
	(210)	(140)	(82)	(60)	(492)	(170)	(139)	(84)	(60)	(453)	
Effectif moyen d'infirmières dédiées [4]											
Jour de semaine	0,1	0,1	0,1	0,4	0,1	0,1	0,1	0,2	0,4	0,2	-
Nuit de semaine	0,1	0,1	0,2	0,3	0,1	0,0	0,1	0,2	0,3	0,1	-
Jour de week end	0,0	0,1	0,1	0,3	0,1	0,0	0,1	0,2	0,3	0,1	-
	(209)	(140)	(81)	(60)	(490)	(170)	(139)	(84)	(60)	(453)	
Effectif moyen d'infirmières anesthésistes dédiées											
Jour de semaine	0,1	0,2	0,5	0,7	0,2	0,1	0,1	0,4	0,9	0,3	-
Nuit de semaine	0,1	0,1	0,4	0,7	0,2	0,1	0,1	0,3	0,7	0,2	-
Jour de week end	0,1	0,1	0,4	0,7	0,2	0,1	0,1	0,3	0,7	0,2	-
	(209)	(140)	(81)	(59)	(489)	(170)	(139)	(84)	(60)	(453)	

(1) En 2016, secteur naissance = salle de naissance et urgences obstétricales
(2) En 2016, calcul du nombre de sages-femmes en salles de naissance après exlusion des sages-femmes dédidées uniquement aux urgences
(3) En 2021, 6 maternités déclarent disposer de sages-femmes d'astreinte le jour en semaine, 30 la nuit en semaine et 18 le week-end de jour
(4) En 2021, les infirmières puéricultrices sont incluses
(5) Données non comparables, formulation des questions différentes entre 2016 et 2021

Tableau 90 b

Équipes soignantes en salle de naissance [1]

selon le nombre annuel d'accouchements

(France métropolitaine, non compris les maisons de naissance)

	2016						2021					
	<500	500-999	1000-1499	1500-1999	2000-3499	≥3500	<500	500-999	1000-1499	1500-1999	2000-3499	≥3500
	m	m	m	m	m	m	m	m	m	m	m	m
Effectif moyen de sages-femmes présentes [2,3]												
Jour de semaine	1,0	1,1	1,8	2,2	2,8	4,2	1,0	1,2	2,0	2,4	3,1	4,4
Nuit de semaine	1,0	1,0	1,6	2,0	2,6	3,9	1,0	1,1	1,8	2,1	2,9	4,1
Jour de week end	1,0	1,0	1,7	2,2	2,7	4,0	1,0	1,2	1,9	2,3	3,0	4,2
	(58)	(146)	(98)	(65)	(98)	(27)	(51)	(141)	(90)	(52)	(94)	(25)
Effectif moyen d'aides-soignantes ou auxiliaires de puériculture dédiées												
Jour de semaine	1,1	1,0	1,4	1,8	2,2	3,6	1,0	1,1	1,5	1,7	2,3	3,4
Nuit de semaine	1,0	1,0	1,1	1,4	2,0	3,0	0,9	1,0	1,2	1,5	2,1	3,0
Jour de week end	1,1	1,0	1,3	1,7	2,1	3,4	1,0	1,1	1,4	1,6	2,2	3,2
	(58)	(146)	(98)	(65)	(98)	(27)	(51)	(141)	(90)	(52)	(94)	(25)
Effectif moyen d'infirmières dédiées [4]												
Jour de semaine	0,0	0,0	0,1	0,0	0,3	0,4	0,0	0,0	0,0	0,1	0,4	0,6
Nuit de semaine	0,0	0,0	0,1	0,1	0,3	0,3	0,0	0,0	0,0	0,1	0,4	0,4
Jour de week end	0,0	0,0	0,1	0,0	0,3	0,3	0,0	0,0	0,0	0,1	0,4	0,4
	(58)	(146)	(96)	(65)	(98)	(27)	(51)	(141)	(90)	(52)	(94)	(25)
Effectif moyen d'infirmières anesthésistes dédiées												
Jour de semaine	0,0	0,1	0,2	0,3	0,5	0,8	0,2	0,1	0,1	0,3	0,5	1,0
Nuit de semaine	0,0	0,1	0,1	0,2	0,4	0,8	0,1	0,1	0,1	0,2	0,5	0,8
Jour de week end	0,0	0,1	0,1	0,2	0,5	0,8	0,1	0,1	0,1	0,1	0,5	0,8
	(58)	(146)	(96)	(65)	(98)	(26)	(51)	(141)	(90)	(52)	(94)	(25)

(1) En 2016, secteur naissance = salle de naissance et urgences obstétricales
(2) En 2016, calcul du nombre de sages-femmes en salles de naissance après exlusion des sages-femmes dédidées uniquement aux urgences
(3) En 2021, 6 maternités déclarent disposer de sages-femmes d'astreinte le jour en semaine, 30 la nuit en semaine et 18 le week-end de jour
(4) En 2021, les infirmières puéricultrices sont incluses

Tableau 91 a

Recours à des intérimaires ou des vacataires

selon le type d'autorisation *(partie 1)*

(France métropolitaine, non compris les maisons de naissance)

	2021				
	I	IIA	IIB	III	Total
	%	%	%	%	%
Gynécologues-obstétriciens, pour le secteur obstétrical, pour la garde en salle de naissance					
Jamais	37,1	47,5	57,1	85,0	50,3
Moins d'une fois par mois	27,6	20,1	16,7	10,0	21,0
Plusieurs fois par mois	35,3	32,4	26,2	5,0	28,7
	(170)	(139)	(84)	(60)	(453)
Si recours à l'intérim/vacation, professionnels habitués au service *(plusieurs gardes par mois)*	75,0	66,7	81,8	66,7	73,1
	(60)	(45)	(22)	(3)	(130)
Anesthésistes, pour le secteur obstétrical					
Jamais	46,8	45,3	47,6	66,6	49,1
Moins d'une fois par mois	18,3	19,4	25,0	16,7	19,7
Plusieurs fois par mois	34,9	35,3	27,4	16,7	31,2
	(169)	(139)	(84)	(60)	(452)
Si recours à l'intérim/vacation, professionnels habitués au service *(plusieurs gardes par mois)*	84,7	73,5	78,3	80,0	79,4
	(59)	(49)	(23)	(10)	(141)

Tableau 91 b

Recours à des intérimaires ou des vacataires

selon le nombre annuel d'accouchements *(partie 1)*

(France métropolitaine, non compris les maisons de naissance)

	2021					
	<500	500-999	1000-1499	1500-1999	2000-3499	≥3500
	%	%	%	%	%	%
Gynécologues-obstétriciens, pour le secteur obstétrical, pour la garde en salle de naissance						
Jamais	25,4	36,9	45,6	59,6	71,3	96,0
Moins d'une fois par mois	37,3	22,0	20,0	25,0	13,8	4,0
Plusieurs fois par mois	37,3	41,1	34,4	15,4	14,9	0,0
	(51)	(141)	(90)	(52)	(94)	(25)
Si recours à l'intérim/vacation, professionnels habitués au service *(plusieurs gardes par mois)*	78,9	72,4	64,5	62,5	92,9	-
	(19)	(58)	(31)	(8)	(14)	
Anesthésistes, pour le secteur obstétrical						
Jamais	37,3	40,0	48,9	55,8	59,6	72,0
Moins d'une fois par mois	17,6	22,1	15,6	19,2	22,3	16,0
Plusieurs fois par mois	45,1	37,9	35,5	25,0	18,1	12,0
	(51)	(140)	(90)	(52)	(94)	(25)
Si recours à l'intérim/vacation, professionnels habitués au service *(plusieurs gardes par mois)*	87,0	79,2	71,9	84,6	76,5	100,0
	(23)	(53)	(32)	(13)	(17)	(3)

Tableau 92 a

Recours à des intérimaires ou des vacataires

selon le type d'autorisation *(partie 2)*

(France métropolitaine, non compris les maisons de naissance)

	2021				
	I	IIA	IIB	III	Total
	%	%	%	%	%
Pédiatres					
Jamais	51,2	51,8	60,7	93,3	58,7
Moins d'une fois par mois	24,7	19,4	20,2	1,7	19,2
Plusieurs fois par mois	24,1	28,8	19,1	5,0	22,1
	(170)	(139)	(84)	(60)	(453)
Si recours à l'intérim/vacation, professionnels habitués au service					
(plusieurs gardes par mois)	82,9	72,5	43,8	100,0	74,8
	(41)	(40)	(16)	(3)	(100)
Sages-femmes					
Jamais	55,3	59,7	65,5	78,3	61,6
Moins d'une fois par mois	10,6	10,1	10,7	10,0	10,4
Plusieurs fois par mois	34,1	30,2	23,8	11,7	28,0
	(170)	(139)	(84)	(60)	(453)
Si recours à l'intérim/vacation, professionnelles habituées au service					
(plusieurs gardes par mois)	96,5	95,2	100,0	100,0	96,8
	(57)	(42)	(20)	(7)	(126)

Tableau 92 b

Recours à des intérimaires ou des vacataires

selon le nombre annuel d'accouchements *(partie 2)*

(France métropolitaine, non compris les maisons de naissance)

	2021					
	<500	500-999	1000-1499	1500-1999	2000-3499	≥3500
	%	%	%	%	%	%
Pédiatres						
Jamais	41,2	51,8	50,0	65,4	74,4	92,0
Moins d'une fois par mois	35,3	18,4	22,2	19,2	12,8	4,0
Plusieurs fois par mois	23,5	29,8	27,8	15,4	12,8	4,0
	(51)	(141)	(90)	(52)	(94)	(25)
Si recours à l'intérim/vacation, professionnels habitués au service *(plusieurs gardes par mois)*	83,3	78,6	64,0	62,5	66,7	100,0
	(12)	(42)	(25)	(8)	(12)	(1)
Sages-femmes						
Jamais	62,7	60,3	68,9	53,8	57,4	72,0
Moins d'une fois par mois	11,8	14,2	6,7	3,9	12,8	4,0
Plusieurs fois par mois	25,5	25,5	24,4	42,3	29,8	24,0
	(51)	(141)	(90)	(52)	(94)	(25)
Si recours à l'intérim/vacation, professionnelles habituées au service *(plusieurs gardes par mois)*	84,6	97,1	95,5	100,0	100,0	100,0
	(13)	(35)	(22)	(22)	(28)	(6)

Tableau 93 a

Personnel soignant selon le type d'autorisation

(France métropolitaine, non compris les maisons de naissance)

	2016					2021					
	I	IIA	IIB	III	Total	I	IIA	IIB	III	Total	
	%	%	%	%	%	%	%	%	%	%	p [1]
Recours à un psychologue											
Oui, en interne	98,1	98,6	97,6	100,0	98,4	87,1	89,2	92,9	98,3	90,3	0,2120
Oui, en externe						10,6	10,8	7,1	1,7	8,8	
Non	1,9	1,4	2,4	0,0	1,6	2,3	0,0	0,0	0,0	0,9	
	(209)	(140)	(82)	(60)	(491)	(170)	(139)	(84)	(60)	(453)	
Recours à un psychiatre											
Oui, en interne	-	-	-	-	-	25,9	46,8	71,4	76,7	47,4	
Oui, en externe	-	-	-	-	-	41,8	36,7	19,1	16,7	32,7	
Non	-	-	-	-	-	32,3	16,5	9,5	6,7	19,9	
						(170)	(139)	(84)	(60)	(453)	
Recours à un pédopsychiatre											
Oui, en interne	-	-	-	-	-	8,8	23,0	41,7	68,3	27,2	
Oui, en externe	-	-	-	-	-	21,2	24,5	16,7	8,3	19,6	
Non	-	-	-	-	-	70,0	52,5	41,7	23,3	53,2	
						(170)	(139)	(84)	(60)	(453)	
Recours à un psychiatre/pédopsychiatre											
Oui, en interne	67,5	87,1	90,2	100,0	80,9	28,8	52,5	73,8	86,7	52,1	0,1900
Oui, en externe						41,8	36,0	19,1	13,3	32,0	
Non	32,5	12,9	9,8	0,0	19,1	29,4	11,5	7,1	0,0	15,9	
	(209)	(140)	(82)	(60)	(491)	(170)	(139)	(84)	(60)	(453)	

(1) Test comparant la distribution totale de 2016 à celle de 2021

Tableau 93 b

Personnel soignant selon le nombre annuel d'accouchements

(France métropolitaine, non compris les maisons de naissance)

	2016						2021					
	<500	500-999	1000-1499	1500-1999	2000-3499	≥3500	<500	500-999	1000-1499	1500-1999	2000-3499	≥3500
	%	%	%	%	%	%	%	%	%	%	%	%
Recours à un psychologue												
Oui, en interne	98,3	95,9	100,0	98,5	100,0	100,0	84,3	83,7	92,2	92,3	100,0	92,0
Oui, en externe							11,8	14,9	7,8	7,7	0,0	8,0
Non	1,7	4,1	0,0	1,5	0,0	0,0	3,9	1,4	0,0	0,0	0,0	0,0
	(58)	(145)	(98)	(65)	(98)	(27)	(51)	(141)	(90)	(52)	(94)	(25)
Recours à un psychiatre												
Oui, en interne	-	-	-	-	-	-	37,2	40,4	40,0	50,0	63,8	68,0
Oui, en externe	-	-	-	-	-	-	41,2	32,6	37,8	32,7	24,5	28,0
Non	-	-	-	-	-	-	21,6	27,0	22,2	17,3	11,7	4,0
							(51)	(141)	(90)	(52)	(94)	(25)
Recours à un pédopsychiatre												
Oui, en interne	-	-	-	-	-	-	15,7	12,1	23,3	26,9	52,1	56,0
Oui, en externe	-	-	-	-	-	-	17,6	23,4	22,2	13,5	17,0	16,0
Non	-	-	-	-	-	-	66,7	64,5	54,5	59,6	30,9	28,0
							(51)	(141)	(90)	(52)	(94)	(25)
Recours à un psychiatre/pédopsychiatre												
Oui, en interne	77,6	72,4	78,6	83,1	90,8	100,0	41,2	41,9	44,4	55,8	72,4	76,0
Oui, en externe							37,2	34,0	36,7	28,8	25,5	24,0
Non	22,4	27,6	21,4	16,9	9,2	0,0	21,6	24,1	18,9	15,4	2,1	0,0
	(58)	(145)	(98)	(65)	(98)	(27)	(51)	(141)	(90)	(52)	(94)	(25)

Tableau 94 a

Consultations spécifiques selon le type d'autorisation

(France métropolitaine, non compris les maisons de naissance)

	2016					2021					
	I	IIA	IIB	III	Total	I	IIA	IIB	III	Total	
	%	%	%	%	%	%	%	%	%	%	p [2]
Consultation en tabacologie											
Oui, dans le service	28,2	33,5	36,6	58,3	34,8	44,7	47,5	56,0	73,3	51,4	<,0001
Oui, dans l'hôpital	38,3	43,6	54,9	38,3	42,6	28,8	28,8	35,7	21,7	29,1	
Oui, avec un référent extérieur	-	-	-	-	-	10,6	7,9	1,2	3,3	7,1	
Non	33,5	22,9	8,5	3,4	22,6	15,9	15,8	7,1	1,7	12,4	
	(209)	(140)	(82)	(60)	(491)	(170)	(139)	(84)	(60)	(453)	
Consultation en alcoologie											
Oui, dans le service	3,3	6,4	4,9	15,0	5,9	14,7	18,7	23,8	38,3	20,7	<,0001
Oui, dans l'hôpital	43,8	57,2	70,7	78,3	56,3	38,2	42,5	59,5	51,7	45,3	
Oui, avec un référent extérieur	-	-	-	-	-	21,8	18,7	9,5	6,7	16,6	
Non	52,9	36,4	24,4	6,7	37,8	25,3	20,1	7,2	3,3	17,4	
	(210)	(140)	(82)	(60)	(492)	(170)	(139)	(84)	(60)	(453)	
Consultation en addictologie [1]											
Oui, dans le service	6,2	12,1	11,0	26,7	11,2	13,5	18,7	21,4	38,3	19,9	<,0001
Oui, dans l'hôpital	43,8	55,0	69,5	71,7	54,7	38,3	41,0	56,0	51,7	44,2	
Oui, avec un référent extérieur	-	-	-	-	-	23,5	19,4	15,5	6,7	18,5	
Non	50,0	32,9	19,5	1,6	34,1	24,7	20,9	7,1	3,3	17,4	
	(210)	(140)	(82)	(60)	(492)	(170)	(139)	(84)	(60)	(453)	
Consultation de nutrition											
Oui, dans le service	-	-	-	-	-	20,6	26,6	29,8	60,0	29,4	
Oui, dans l'hôpital	-	-	-	-	-	62,4	61,2	64,3	36,6	58,9	
Oui, avec un référent extérieur	-	-	-	-	-	9,4	4,3	1,2	1,7	5,3	
Non	-	-	-	-	-	7,6	7,9	4,7	1,7	6,4	
						(170)	(139)	(84)	(60)	(453)	
Si oui, consultation accessible											
Uniquement aux femmes diabétiques	-	-	-	-	-	21,0	25,8	37,5	32,2	27,1	
A toutes les femmes	-	-	-	-	-	79,0	74,2	62,5	67,8	72,9	
						(157)	(128)	(80)	(59)	(424)	

(1) Autre que l'alcool
(2) Test comparant la distribution totale de 2016 à celle de 2021

Tableau 94 b

Consultations spécifiques selon le nombre annuel d'accouchements

(France métropolitaine, non compris les maisons de naissance)

	2016						2021					
	<500	500-999	1000-1499	1500-1999	2000-3499	≥3500	<500	500-999	1000-1499	1500-1999	2000-3499	≥3500
	%	%	%	%	%	%	%	%	%	%	%	%
Consultation en tabacologie												
Oui, dans le service	24,6	27,4	39,8	30,8	44,9	51,9	47,1	47,5	47,8	59,6	55,3	64,0
Oui, dans l'hôpital	42,1	47,9	37,8	44,6	39,8	37,0	33,3	28,4	34,5	19,2	29,8	24,0
Oui, avec un référent extérieur	-	-	-	-	-	-	13,7	8,5	4,4	3,9	4,3	12,0
Non	33,3	24,7	22,4	24,6	15,3	11,1	5,9	15,6	13,3	17,3	10,6	0,0
	(57)	(146)	(98)	(65)	(98)	(27)	(51)	(141)	(90)	(52)	(94)	(25)
Consultation en alcoologie												
Oui, dans le service	3,4	4,8	6,1	1,5	10,2	11,1	9,8	20,6	16,7	17,3	27,6	40,0
Oui, dans l'hôpital	53,5	57,5	51,0	55,4	58,2	70,4	54,9	37,6	50,0	46,2	47,9	40,0
Oui, avec un référent extérieur	-	-	-	-	-	-	25,5	17,0	17,8	15,4	9,6	20,0
Non	43,1	37,7	42,9	43,1	31,6	18,5	9,8	24,8	15,5	21,1	14,9	0,0
	(58)	(146)	(98)	(65)	(98)	(27)	(51)	(141)	(90)	(52)	(94)	(25)
Consultation en addictologie (1)												
Oui, dans le service	5,2	8,2	11,2	4,6	18,4	29,6	9,8	18,4	17,8	15,4	26,6	40,0
Oui, dans l'hôpital	51,7	55,5	53,1	55,4	56,1	55,6	51,0	39,7	47,8	40,4	46,8	40,0
Oui, avec un référent extérieur	-	-	-	-	-	-	29,4	15,6	21,1	23,1	11,7	20,0
Non	43,1	36,3	35,7	40,0	25,5	14,8	9,8	26,3	13,3	21,1	14,9	0,0
	(58)	(146)	(98)	(65)	(98)	(27)	(51)	(141)	(90)	(52)	(94)	(25)
Consultation de nutrition												
Oui, dans le service	-	-	-	-	-	-	19,6	23,4	26,7	25,0	40,4	60,0
Oui, dans l'hôpital	-	-	-	-	-	-	66,7	58,9	64,5	63,5	53,2	36,0
Oui, avec un référent extérieur	-	-	-	-	-	-	5,9	9,2	4,4	3,8	1,1	4,0
Non	-	-	-	-	-	-	7,8	8,5	4,4	7,7	5,3	0,0
							(51)	(141)	(90)	(52)	(94)	(25)
Si oui, consultation accessible												
Uniquement aux femmes diabétiques	-	-	-	-	-	-	21,7	20,0	24,4	37,5	36,0	32,0
A toutes les femmes	-	-	-	-	-	-	78,3	80,0	75,6	62,5	64,0	68,0
							(46)	(130)	(86)	(48)	(89)	(25)

(1) Autre que l'alcool

Tableau 95 a

Prises en charge spécifiques selon le type d'autorisation *(partie 1)*

(France métropolitaine, non compris les maisons de naissance)

	2016					2021					
	I	IIA	IIB	III	Total	I	IIA	IIB	III	Total	
	%	%	%	%	%	%	%	%	%	%	p [3]
Mise en place d'un dépistage systématique de la COVID-19 (au 1er janvier 2021)	-	-	-	-	-	59,2	61,2	60,2	51,7	59,0	
						(169)	(139)	(83)	(60)	(451)	
Si oui, méthode utilisée [1]											
Test antigénique	-	-	-	-	-	23,2	20,5	20,0	22,6	21,7	
PCR	-	-	-	-	-	69,7	72,3	70,0	74,2	71,1	
Test antigénique et PCR	-	-	-	-	-	7,1	7,2	10,0	3,2	7,2	
						(99)	(83)	(50)	(31)	(263)	
Refus d'inscription de femmes à bas risque											
Non	68,8	60,6	49,3	40,7	59,9	81,2	84,2	73,8	48,3	76,4	<,0001
Oui	1,5	5,8	11,0	18,6	6,3	1,8	4,3	9,5	28,3	7,5	
Pas de système d'inscription	29,7	33,6	39,7	40,7	33,8	17,0	11,5	16,7	23,4	16,1	
	(205)	(137)	(73)	(59)	(474)	(170)	(139)	(84)	(60)	(453)	
Recours à une assistante sociale											
Non	14,4	9,3	1,2	0,0	9,0	11,7	8,6	0,0	0,0	7,1	<,0001
Oui, dédiée au service	17,7	41,4	61,0	85,0	39,9	26,5	56,1	77,4	95,0	54,1	
Oui, non dédiée au service	67,9	49,3	37,8	15,0	51,1	61,8	35,3	22,6	5,0	38,8	
	(209)	(140)	(82)	(60)	(491)	(170)	(139)	(84)	(60)	(453)	
Existence d'un dispositif pour faciliter la prise en charge des femmes en situation de précarité ou de vulnérabilité [2]											
Non	27,1	12,9	8,8	3,3	17,0	21,8	16,5	6,0	1,7	14,6	0,2995
Oui, PASS systématique	21,7	29,3	46,3	58,3	32,4	25,9	31,7	46,4	53,3	35,1	0,3895
Oui, PASS non systématique	14,5	23,6	31,3	30,0	21,8	20,0	15,1	27,4	31,7	21,4	0,8954
Oui, autre dispositif	49,8	55,0	55,6	53,3	52,7	32,4	36,7	20,2	13,3	28,9	<,0001
Dont staff pluridisciplinaire	30,4	40,0	43,2	40,0	36,5	46,5	55,4	57,1	51,7	51,9	<,0001
	(207)	(140)	(80)	(60)	(487)	(170)	(139)	(84)	(60)	(453)	
Si autre dispositif, liens formalisés par convention avec les acteurs et partenaires de la précarité	-	-	-	-	-	47,2	42,5	51,9	69,2	49,8	
						(89)	(87)	(54)	(39)	(269)	

(1) 2 maternités déclarent utiliser des TROD, 1 ne précise pas la technique employée, non présentées
(2) PASS = Permanence d'Accès aux Soins de Santé
(3) Test comparant la distribution totale de 2016 à celle de 2021

Tableau 95 b

Prises en charge spécifiques selon le nombre annuel d'accouchements *(partie 1)*

(France métropolitaine, non compris les maisons de naissance)

	2016						2021					
	<500	500-999	1000-1499	1500-1999	2000-3499	≥3500	<500	500-999	1000-1499	1500-1999	2000-3499	≥3500
	%	%	%	%	%	%	%	%	%	%	%	%
Mise en place d'un dépistage systématique de la COVID-19 (au 1er janvier 2021)	-	-	-	-	-	-	76,5	57,4	61,8	52,9	59,6	32,0
							(51)	(141)	(89)	(51)	(94)	(25)
Si oui, méthode utilisée (1)												
Test antigénique	-	-	-	-	-	-	28,2	12,7	27,8	14,8	26,8	25,0
PCR	-	-	-	-	-	-	66,7	77,2	66,7	85,2	64,3	62,5
Test antigénique et PCR	-	-	-	-	-	-	5,1	10,1	5,5	0,0	8,9	12,5
							(39)	(79)	(54)	(27)	(56)	(8)
Refus d'inscription de femmes à bas risque												
Non	65,5	61,0	67,7	66,1	44,8	55,6	80,4	83,7	82,2	90,4	58,5	44,0
Oui	1,7	0,0	0,0	3,4	18,7	33,3	0,0	0,7	1,1	0,0	21,3	48,0
Pas de système d'inscription	32,8	39,0	32,3	30,5	36,5	11,1	19,6	15,6	16,7	9,6	20,2	8,0
	(58)	(141)	(93)	(59)	(96)	(27)	(51)	(141)	(90)	(52)	(94)	(25)
Recours à une assistante sociale												
Non	8,6	13,1	9,2	6,2	6,1	3,7	3,9	11,4	7,8	3,9	4,3	4,0
Oui, dédiée au service	15,5	24,1	34,7	49,2	64,3	85,2	23,5	39,0	56,7	51,9	81,9	92,0
Oui, non dédiée au service	75,9	62,8	56,1	44,6	29,6	11,1	72,6	49,6	35,5	44,2	13,8	4,0
	(58)	(145)	(98)	(65)	(98)	(27)	(51)	(141)	(90)	(52)	(94)	(25)
Existence d'un dispositif pour faciliter la prise en charge des femmes en situation de précarité ou de vulnérabilité (2)												
Non	30,4	20,0	14,6	13,9	13,3	3,7	17,6	19,1	13,3	19,2	8,5	0,0
Oui, PASS systématique	19,6	24,1	29,2	38,5	46,9	48,2	35,3	30,5	38,9	23,1	40,4	52,0
Oui, PASS non systématique	14,3	23,5	25,0	23,1	18,4	25,9	17,6	21,3	20,0	25,0	24,5	16,0
Oui, autre dispositif	44,6	51,7	55,7	46,2	58,2	59,3	29,4	29,1	27,8	32,7	26,6	32,0
Dont staff pluridisciplinaire	25,0	34,5	42,3	33,9	39,8	44,4	47,1	51,1	50,0	50,0	52,1	76,0
	(56)	(145)	(96)	(65)	(98)	(27)	(51)	(141)	(90)	(52)	(94)	(25)
Si autre dispositif, liens formalisés par convention avec les acteurs et partenaires de la précarité	-	-	-	-	-	-	46,4	41,8	50,9	40,0	62,1	61,9
							(28)	(79)	(53)	(30)	(58)	(21)

(1) 2 maternités déclarent utiliser des TROD, 1 ne précise pas la technique employée, non présentées
(2) PASS = Permanence d'Accès aux Soins de Santé

Tableau 96 a

Prises en charge spécifiques selon le type d'autorisation *(partie 2)*

(France métropolitaine, non compris les maisons de naissance)

	2021				
	I	IIA	IIB	III	Total
	%	%	%	%	%
Présence de la Protection Maternelle et Infantile (PMI) au sein de l'établissement					
Non	4,7	2,2	1,2	3,3	3,1
Oui, passage régulier	78,2	82,0	75,0	85,0	79,7
Oui, participation aux staffs	67,6	81,3	91,7	86,7	78,8
Oui, autre forme de présence	42,4	44,6	38,1	46,7	42,8
	(170)	(139)	(84)	(60)	(453)
Modalités d'échange/de liaison avec la PMI formalisées	46,2	50,4	52,4	61,7	50,7
	(169)	(139)	(84)	(60)	(452)
Patientes systématiquement informées sur le rôle et les moyens de contact de la PMI	44,7	47,5	56,0	73,3	51,4
	(170)	(139)	(84)	(60)	(453)
Existence d'un dispositif pour faciliter la prise en charge des patientes non francophones	85,9	90,6	88,1	96,7	89,2
dont une consultation avec un interprète	8,2	7,2	16,7	41,7	13,9
	(170)	(139)	(84)	(60)	(453)

Tableau 96 b

Prises en charge spécifiques selon le nombre annuel d'accouchements *(partie 2)*

(France métropolitaine, non compris les maisons de naissance)

	2021					
	<500	500-999	1000-1499	1500-1999	2000-3499	≥3500
	%	%	%	%	%	%
Présence de la Protection Maternelle et Infantile (PMI) au sein de l'établissement						
Non	0,0	4,3	2,2	3,8	3,2	4,0
Oui, passage régulier	88,2	78,7	76,7	86,5	74,5	84,0
Oui, participation aux staffs	76,5	73,8	84,4	78,8	78,7	92,0
Oui, autre forme de présence	52,9	42,6	46,7	38,5	37,2	40,0
	(51)	(141)	(90)	(52)	(94)	(25)
Modalités d'échange/de liaison avec la PMI formalisées	54,9	44,7	50,0	38,5	62,4	60,0
	(51)	(141)	(90)	(52)	(93)	(25)
Patientes systématiquement informées sur le rôle et les moyens de contact de la PMI	47,1	47,5	47,8	59,6	55,3	64,0
	(51)	(141)	(90)	(52)	(94)	(25)
Existence d'un dispositif pour faciliter la prise en charge des patientes non francophones	88,2	86,5	84,4	88,5	96,8	96,0
dont une consultation avec un interprète	5,9	3,5	14,4	7,7	29,8	40,0
	(51)	(141)	(90)	(52)	(94)	(25)

Tableau 97 a

Prise en charge en salle de naissance selon le type d'autorisation

(France métropolitaine, non compris les maisons de naissance)

	2016					2021					
	I	IIA	IIB	III	Total	I	IIA	IIB	III	Total	
	%	%	%	%	%	%	%	%	%	%	p [2]
Projet de naissance											
Jamais	-	-	-	-	-	6,5	5,0	4,8	5,0	5,5	
Rarement	-	-	-	-	-	21,8	25,2	46,4	33,3	28,9	
Souvent	-	-	-	-	-	38,8	50,4	34,5	51,7	43,3	
Systématiquement	-	-	-	-	-	32,9	19,4	14,3	10,0	22,3	
						(170)	(139)	(84)	(60)	(453)	
Existence d'au moins une salle dédiée à des accouchements moins "médicalisés" (espace physiologique, salle nature) [1]	37,0	44,0	35,9	46,7	40,1	67,1	72,7	70,2	66,7	69,3	<,0001
	(184)	(134)	(78)	(60)	(456)	(170)	(139)	(84)	(60)	(453)	
Si oui,											
Accouchement possible dans cette salle	83,8	71,2	85,7	82,1	79,8	86,8	87,1	88,1	92,5	87,9	0,0148
	(68)	(59)	(28)	(28)	(183)	(114)	(101)	(59)	(40)	(314)	
Présence d'une baignoire dans cette salle	89,7	88,1	89,3	92,9	89,6	90,4	92,1	84,7	90,0	89,8	0,9459
	(68)	(59)	(28)	(28)	(183)	(114)	(101)	(59)	(40)	(314)	
Autorisation d'accoucher dans l'eau	19,7	5,8	4,0	3,8	10,4	16,0	10,5	5,4	5,4	10,9	0,8633
	(61)	(52)	(25)	(26)	(164)	(106)	(95)	(56)	(37)	(294)	
Plateau technique ouvert aux sages-femmes libérales [1]	15,8	9,0	11,5	8,3	12,1	23,5	23,0	20,2	11,7	21,2	0,0002
	(184)	(134)	(78)	(60)	(456)	(170)	(139)	(84)	(60)	(453)	

(1) Données différentes du rapport 2016 car issues d'un recontact a posteriori des établissements
(2) Test comparant la distribution totale de 2016 à celle de 2021

Tableau 97 b

Prise en charge en salle de naissance selon le nombre annuel d'accouchements

(France métropolitaine, non compris les maisons de naissance)

	2016						2021					
	<500	500-999	1000-1499	1500-1999	2000-3499	≥3500	<500	500-999	1000-1499	1500-1999	2000-3499	≥3500
	%	%	%	%	%	%	%	%	%	%	%	%
Projet de naissance												
Jamais	-	-	-	-	-	-	2,0	5,7	7,8	1,9	8,5	0,0
Rarement	-	-	-	-	-	-	27,4	29,8	24,4	30,8	27,7	44,0
Souvent	-	-	-	-	-	-	37,3	38,3	47,8	48,1	46,8	44,0
Systématiquement	-	-	-	-	-	-	33,3	26,2	20,0	19,2	17,0	12,0
							(51)	(141)	(90)	(52)	(94)	(25)
Existence d'au moins une salle dédiée à des accouchements moins "médicalisés" (espace physiologique, salle nature) [1]	15,9	37,7	45,7	55,2	39,6	42,3	45,1	68,8	72,2	75,0	78,7	64,0
	(44)	(138)	(94)	(58)	(96)	(26)	(51)	(141)	(90)	(52)	(94)	(25)
Si oui,												
Accouchement possible dans cette salle	71,4	80,8	76,7	78,1	84,2	81,8	78,3	88,7	86,2	92,3	89,2	87,5
	(7)	(52)	(43)	(32)	(38)	(11)	(23)	(97)	(65)	(39)	(74)	(16)
Présence d'une baignoire dans cette salle	85,7	92,3	86,0	84,4	97,4	81,8	87,0	90,7	87,7	97,4	86,5	93,8
	(7)	(52)	(43)	(32)	(38)	(11)	(23)	(97)	(65)	(39)	(74)	(16)
Autorisation d'accoucher dans l'eau	16,7	18,8	10,8	3,7	5,4	0,0	15,0	10,8	13,6	7,9	7,2	20,0
	(6)	(48)	(37)	(27)	(37)	(9)	(20)	(93)	(59)	(38)	(69)	(15)
Plateau technique ouvert aux sages-femmes libérales [1]	13,6	15,9	11,7	6,9	11,5	3,8	23,5	24,1	24,4	23,1	14,9	8,0
	(44)	(138)	(94)	(58)	(96)	(26)	(51)	(141)	(90)	(52)	(94)	(25)

(1) Données différentes du rapport 2016 car issues d'un recontact a posteriori des établissements

Tableau 98 a

Aide à l'allaitement selon le type d'autorisation

(France métropolitaine, non compris les maisons de naissance)

	2016					2021					
	I	IIA	IIB	III	Total	I	IIA	IIB	III	Total	
	%	%	%	%	%	%	%	%	%	%	p [1]
Présence d'au moins une personne référente	54,3	71,4	80,5	85,0	67,3	68,2	74,1	84,5	90,0	75,9	0,0032
	(210)	(140)	(82)	(60)	(492)	(170)	(139)	(84)	(60)	(453)	
Si oui,											
Personne qualifiée en allaitement (formation spécifique ou certification IBCLC)	84,2	84,0	84,8	92,2	85,5	86,2	88,3	97,1	96,3	90,7	0,0379
	(114)	(100)	(66)	(51)	(331)	(116)	(103)	(70)	(54)	(343)	
Temps dédié à cette activité											
Complet	-	-	-	-	-	0,9	2,0	2,9	16,7	4,1	-
Partiel	-	-	-	-	-	62,9	68,9	67,1	59,2	65,0	
Pas de temps dédié	-	-	-	-	-	36,2	29,1	30,0	24,1	30,9	
						(116)	(103)	(70)	(54)	(343)	
Animation de réunions d'équipes	-	-	-	-	-	56,9	68,9	77,1	81,5	68,5	-
						(116)	(103)	(70)	(54)	(343)	
Avec un suivi possible après la sortie de la maternité, si la mère le souhaite	88,4	85,0	73,8	80,4	83,2	81,0	76,7	70,0	68,5	75,5	0,0136
	(112)	(100)	(65)	(51)	(328)	(116)	(103)	(70)	(54)	(343)	
Lien avec lactarium						26,6	42,4	75,0	91,7	49,1	-
	-	-	-	-	-	(169)	(139)	(84)	(60)	(452)	
Femmes informées sur la possibilité de don au lactarium	-	-	-	-	-	57,1	61,9	72,6	85,0	65,1	-
						(170)	(139)	(84)	(60)	(453)	

(1) Test comparant la distribution totale de 2016 à celle de 2021

Tableau 98 b

Aide à l'allaitement selon le nombre annuel d'accouchements

(France métropolitaine, non compris les maisons de naissance)

	2016						2021					
	<500	500-999	1000-1499	1500-1999	2000-3499	≥3500	<500	500-999	1000-1499	1500-1999	2000-3499	≥3500
	%	%	%	%	%	%	%	%	%	%	%	%
Présence d'au moins une personne référente	43,1	60,3	65,3	76,9	82,7	85,2	62,7	69,5	78,9	75,0	88,3	84,0
	(58)	(146)	(98)	(65)	(98)	(27)	(51)	(141)	(90)	(52)	(94)	(25)
Si oui,												
Personne qualifiée en allaitement (formation spécifique ou certification IBCLC)	84,0	77,3	89,1	86,0	88,9	95,7	90,6	83,7	91,4	94,9	94,0	100,0
	(25)	(88)	(64)	(50)	(81)	(23)	(32)	(98)	(70)	(39)	(83)	(21)
Temps dédié à cette activité												
Complet	-	-	-	-	-	-	0,0	1,0	1,4	2,6	9,6	14,3
Partiel	-	-	-	-	-	-	59,4	60,2	70,0	74,3	65,1	61,9
Pas de temps dédié	-	-	-	-	-	-	40,6	38,8	28,6	23,1	25,3	23,8
							(32)	(98)	(70)	(39)	(83)	(21)
Animation de réunions d'équipes	-	-	-	-	-	-	59,4	62,2	65,7	76,9	72,3	90,5
							(32)	(98)	(70)	(39)	(83)	(21)
Avec un suivi possible après la sortie de la maternité, si la mère le souhaite	96,0	87,5	86,9	86,0	75,3	65,2	84,4	79,6	75,7	82,1	65,1	71,4
	(25)	(88)	(61)	(50)	(81)	(23)	(32)	(98)	(70)	(39)	(83)	(21)
Lien avec lactarium	-	-	-	-	-	-	15,7	30,0	55,6	61,5	73,4	84,0
							(51)	(140)	(90)	(52)	(94)	(25)
Femmes informées sur la possibilité de don au lactarium	-	-	-	-	-	-	47,1	57,4	67,8	69,2	75,5	88,0
							(51)	(141)	(90)	(52)	(94)	(25)

Tableau 99 a

Dépistages néonatals selon le type d'autorisation

(France métropolitaine, non compris les maisons de naissance)

	2016					2021					
	I	IIA	IIB	III	Total	I	IIA	IIB	III	Total	
	%	%	%	%	%	%	%	%	%	%	p [3]
Protocole utilisé pour le dépistage de la surdité en suite de naissance [1]											
Pas de protocole	1,0	0,0	0,0	0,0	0,4	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	
Potentiels évoqués auditifs automatisés (PEAA) 2 fois	29,3	28,7	25,3	34,5	29,1	24,8	29,5	26,2	35,0	27,9	0,7170 [4]
Oto-émissions acoustiques (OEA) 2 fois	51,0	37,5	39,2	18,2	41,4	58,6	36,7	41,7	25,0	44,2	
Combinaison PEAA-OEA ou autre	18,7	33,8	35,5	47,3	29,1	16,6	33,8	32,1	40,0	27,9	
	(208)	(136)	(79)	(55)	(478)	(169)	(139)	(84)	(60)	(452)	
Procédure de rattrapage pour les enfants sortis avant la réalisation du test de dépistage											
Tous les nouveaux-nés sont testés	1,0	1,4	3,7	6,7	2,2	2,4	4,3	4,7	10,0	4,4	<,0001
Pas de procédure de rattrapage	9,5	7,9	9,7	5,0	8,5	1,2	2,2	3,6	3,3	2,2	
Consultation ultérieure dans le service	52,4	54,3	54,9	60,0	54,3	44,1	57,5	61,9	55,0	53,0	
Consultation dans une autre structure	30,0	33,6	30,5	26,7	30,7	28,2	28,8	13,1	23,4	25,0	
Consultation dans le service et autre structure	7,1	2,8	1,2	1,6	4,3	20,0	5,0	13,1	5,0	12,1	
Autre procédure	-	-	-	-	-	4,1	2,2	3,6	3,3	3,3	
	(210)	(140)	(82)	(60)	(492)	(170)	(139)	(84)	(60)	(453)	
Moment de réalisation du dépistage sanguin néonatal systématique en cas de sortie précoce [2]											
Avant la sortie (J2)	-	-	-	-	-	77,6	67,2	80,7	79,7	75,2	-
Retour dans le service	70,8	66,7	61,3	70,2	68,0	13,3	21,9	14,5	15,3	16,4	<,0001
Au domicile, par une sage-femme libérale	70,3	71,4	72,0	73,7	71,3	52,7	54,7	51,8	47,5	52,5	<,0001
Autre procédure	3,6	7,1	12,0	7,0	6,4	1,2	3,6	2,4	5,1	2,7	0,0080
	(195)	(126)	(75)	(57)	(453)	(165)	(137)	(83)	(59)	(444)	

(1) En 2016 : nouveau-né sans facteurs de risque
(2) En 2021, 9 maternités déclarent ne pas effectuer de sortie précoce
(3) Test comparant la distribution totale de 2016 à celle de 2021
(4) Modalité "pas de protocole" ignorée pour le test

Tableau 99 b

Dépistages néonatals selon le nombre annuel d'accouchements

(France métropolitaine, non compris les maisons de naissance)

	2016						2021					
	<500	500-999	1000-1499	1500-1999	2000-3499	≥3500	<500	500-999	1000-1499	1500-1999	2000-3499	≥3500
	%	%	%	%	%	%	%	%	%	%	%	%
Protocole utilisé pour le dépistage de la surdité en suite de naissance (1)												
Pas de protocole	1,8	0,7	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
Potentiels évoqués auditifs automatisés (PEAA) 2 fois	14,0	25,9	30,9	41,0	28,4	48,0	13,7	22,1	32,2	44,2	27,7	40,0
Oto-émissions acoustiques (OEA) 2 fois	63,2	51,0	39,2	27,9	30,5	20,0	66,7	50,0	44,5	36,5	35,1	16,0
Combinaison PEAA-OEA ou autre	21,0	22,4	29,9	31,1	41,1	32,0	19,6	27,9	23,3	19,3	37,2	44,0
	(57)	(143)	(97)	(61)	(95)	(25)	(51)	(140)	(90)	(52)	(94)	(25)
Procédure de rattrapage pour les enfants sortis avant la réalisation du test de dépistage												
Tous les nouveaux-nés sont testés	0,0	0,7	1,0	1,5	7,1	3,7	3,9	2,8	4,4	3,8	6,4	8,0
Pas de procédure de rattrapage	8,6	6,8	11,2	7,7	9,2	7,4	0,0	1,4	2,2	1,9	2,1	12,0
Consultation ultérieure dans le service	58,6	52,1	53,1	53,9	51,0	74,1	39,2	56,0	56,7	50,0	54,3	52,0
Consultation dans une autre structure	22,4	34,9	32,7	35,4	28,6	14,8	29,4	24,1	24,5	30,8	21,3	24,0
Consultation dans le service et autre structure	10,4	5,5	2,0	1,5	4,1	0,0	25,5	10,7	12,2	9,6	10,6	4,0
Autre procédure	-	-	-	-	-	-	2,0	5,0	0,0	3,8	5,3	0,0
	(58)	(146)	(98)	(65)	(98)	(27)	(51)	(141)	(90)	(52)	(94)	(25)
Moment de réalisation du dépistage sanguin néonatal systématique en cas de sortie précoce (2)												
Avant la sortie (J2)	-	-	-	-	-	-	77,1	72,9	69,0	86,0	78,7	72,0
Retour dans le service	78,6	73,1	64,7	68,9	56,5	68,0	22,9	18,6	17,2	10,0	12,8	16,0
Au domicile, par une sage-femme libérale	67,9	62,7	70,6	72,1	80,4	92,0	45,8	52,9	57,5	44,0	52,1	64,0
Autre procédure	1,8	8,2	7,1	4,9	7,6	4,0	2,1	2,1	1,1	6,0	4,3	0,0
	(56)	(134)	(85)	(61)	(92)	(25)	(48)	(140)	(87)	(50)	(94)	(25)

(1) En 2016 : nouveau-né sans facteurs de risque

(2) En 2021, 9 maternités déclarent ne pas effectuer de sortie précoce

Tableau 100 a

Accompagnement à domicile [1]

après la sortie de la maternité selon le type d'autorisation

(France métropolitaine, non compris les maisons de naissance)

	2016					2021					
	I	IIA	IIB	III	Total	I	IIA	IIB	III	Total	
	%	%	%	%	%	%	%	%	%	%	p [3]
Visite d'une sage-femme libérale dans le cadre du PRADO [2]	75,7	86,4	91,5	93,3	83,5	56,5	60,4	70,2	71,7	62,3	<,0001
	(210)	(140)	(82)	(60)	(492)	(170)	(139)	(84)	(60)	(453)	
Visite d'une sage-femme libérale hors cadre du PRADO [2]	65,4	72,1	75,6	76,7	70,4	88,8	85,6	94,0	88,3	88,7	<,0001
	(208)	(140)	(82)	(60)	(490)	(170)	(139)	(84)	(60)	(453)	
Visite d'une sage-femme de la maternité	2,4	7,2	2,4	10,2	4,7	4,1	2,2	2,4	10,0	4,0	0,5833
	(210)	(138)	(82)	(59)	(489)	(170)	(139)	(84)	(60)	(453)	
Visite d'une sage-femme ou puéricultrice de PMI [2]	66,2	68,6	62,2	62,7	65,8	80,6	84,2	79,8	85,0	82,1	<,0001
	(210)	(140)	(82)	(59)	(491)	(170)	(139)	(84)	(60)	(453)	
Autre mode d'accompagnement	21,3	24,0	23,8	21,4	22,5	15,9	14,4	19,0	8,5	15,0	0,0042
	(202)	(125)	(80)	(56)	(463)	(164)	(132)	(79)	(59)	(434)	
Fiche de liaison maternité/ville systématiquement remise à la femme lors de sa sortie	61,0	56,4	62,2	78,3	62,0	87,1	88,5	91,7	93,3	89,2	<,0001
	(210)	(140)	(82)	(60)	(492)	(170)	(139)	(84)	(60)	(453)	
Si oui, mention des coordonnées d'un professionnel de la maternité	69,5	65,8	72,5	61,7	67,9	68,9	59,3	58,4	55,4	62,1	0,1136
	(128)	(79)	(51)	(47)	(305)	(148)	(123)	(77)	(56)	(404)	

(1) Pour les diades mères/enfants sans complications
(2) PRADO = Programme d'accompagnement du retour à domicile, PMI = Protection Maternelle et Infantile
(3) Test comparant la distribution totale de 2016 à celle de 2021

Tableau 100 b

Accompagnement à domicile après la sortie [1] de la maternité selon le nombre annuel d'accouchements

(France métropolitaine, non compris les maisons de naissance)

	2016						2021					
	<500	500-999	1000-1499	1500-1999	2000-3499	≥3500	<500	500-999	1000-1499	1500-1999	2000-3499	≥3500
	%	%	%	%	%	%	%	%	%	%	%	%
Visite d'une sage-femme libérale dans le cadre du PRADO [2]	58,6	84,9	85,7	90,8	85,7	96,3	60,8	61,7	60,0	57,7	70,2	56,0
	(58)	(146)	(98)	(65)	(98)	(27)	(51)	(141)	(90)	(52)	(94)	(25)
Visite d'une sage-femme libérale hors cadre du PRADO [2]	56,1	65,1	69,1	76,9	78,6	88,9	88,2	84,4	92,2	92,3	89,4	92,0
	(57)	(146)	(97)	(65)	(98)	(27)	(51)	(141)	(90)	(52)	(94)	(25)
Visite d'une sage-femme de la maternité	1,7	2,7	4,1	3,1	9,3	11,1	2,0	2,1	3,3	1,9	6,4	16,0
	(58)	(146)	(97)	(64)	(97)	(27)	(51)	(141)	(90)	(52)	(94)	(25)
Visite d'une sage-femme ou puéricultrice de PMI [2]	67,2	65,1	66,3	68,8	61,2	74,1	86,3	83,0	83,3	82,7	75,5	88,0
	(58)	(146)	(98)	(64)	(98)	(27)	(51)	(141)	(90)	(52)	(94)	(25)
Autre mode d'accompagnement	30,8	22,7	18,5	16,4	28,6	11,5	12,2	18,1	15,1	10,6	13,5	16,0
	(52)	(141)	(92)	(61)	(91)	(26)	(49)	(138)	(86)	(47)	(89)	(25)
Fiche de liaison maternité/ville systématiquement remise à la femme lors de sa sortie	60,3	65,1	60,2	49,2	67,3	66,7	90,2	88,7	85,6	82,7	94,7	96,0
	(58)	(146)	(98)	(65)	(98)	(27)	(51)	(141)	(90)	(52)	(94)	(25)
Si oui, mention des coordonnées d'un professionnel de la maternité	68,6	69,5	67,8	65,6	69,7	55,6	84,8	60,8	55,8	62,8	58,4	58,3
	(35)	(95)	(59)	(32)	(66)	(18)	(46)	(125)	(77)	(43)	(89)	(24)

(1) Pour les diades mères/enfants sans complications
(2) PRADO = Programme d'accompagnement du retour à domicile, PMI = Protection Maternelle et Infantile

Tableau 101

Organisation et offre de soins des 6 maisons de naissance

(France métropolitaine)

	Maisons de naissance n
Nombre d'accouchements en 2020 (médiane, min-max)	92 [53 - 117]
Effectif de sages-femmes présentes (médiane, min-max)	
Jour de semaine	1,0 [0 - 2]
Nuit de semaine	1,0 [0 - 2]
Jour de week end	1,0 [0 - 2]
Effectif de sages-femmes d'astreinte (médiane, min-max)	
Jour de semaine	1,5 [0 - 3]
Nuit de semaine	1,5 [0 - 3]
Jour de week end	1,5 [0 - 3]
Equipement pour accueillir les femmes à mobilité réduite	5
Dossier médical	
Papier	2
Informatisé	1
Les deux	3
Dépistage systématique de la COVID-19	0
Recours à un psychologue	4
Recours à un psychiatre	2
Recours à un pédopsychiatre	2
Consultation avec un référent extérieur	
En tabacologie	4
En alcoologie	3
En addictologie	2
En nutrition	4
Recours à une assistante sociale	0
Information systématique sur le rôle et les moyens de contacter la PMI (1)	2

(1) PMI = Protection Maternelle et Infantile

Tableau 102

Accouchement et offre de soins postnatale des 6 maisons de naissance

(France métropolitaine)

	Maisons de naissance n
Projet de naissance	
Souvent	1
Systématiquement	5
Existence d'au moins une salle dédiée à des accouchements moins "médicalisés" (espace physiologique, salle nature)	6
Si oui,	
Nombre de salles (médiane, min-max)	2,5 [2 - 4]
Accouchement possible dans la ou les salles	6
Présence d'une baignoire dans la ou les salles	6
Autorisation d'accoucher dans l'eau	6
Information sur le don de lait	4
Référente en allaitement maternel	5
dont formation spécifique	4
dont temps partiel dédié	4
dont contact possible après sortie	3
dont animation réunions d'équipe	4
Protocole de dépistage de la surdité néonatale	5
Protocole de rattrapage du dépistage de la surdité néonatale	3
Fiche de liaison maternité/ville systématiquement remise à la femme lors de sa sortie	2

Tableau 103 Établissements et participation dans les DROM (y compris extension)

	Guadeloupe	St-Martin	Martinique	Guyane	La Réunion	Mayotte
	n	n	n	n	n	n
Etablissements						
Statut						
CHR / CHU	1	0	2	0	2	1
CH	2	1	0	3	2	0
ESPIC (Etablissement de santé privé d'intérêt collectif)	0	0	0	0	0	0
Privé	1	0	1	1	3	0
Maison de naissance	1	0	0	0	1	0
Type d'autorisation						
I	1	0	2	1	1	0
II A	0	0	0	1	3	0
II B	1	1	0	1	1	1
III	2	0	1	1	2	0
Nombre d'accouchements annuel						
< 500	1	0	1	1	1	0
500 à 999	2	1	1	1	0	0
1000 à1499	1	0	0	0	3	0
1500 à 1999	1	0	0	0	2	0
2000 à 3499	0	0	1	1	1	0
≥ 3500	0	0	0	1	1	1
	(5)	(1)	(3)	(4)	(8)	(1)
Durée du terrain d'enquête (nombre de semaines)	9	9	14	1	4	6
Nombre de femmes incluses	678	92	825	130	1 115	1 000
Nombre de naissances incluses	690	93	834	133	1 130	1 009
Questionnaire standard (1,2)						
Nombre de naissances vivantes	684	92	819	131	1 120	991
Nombre de femmes	672	91	811	128	1 105	982
Entretien et dossier médical	559	72	710	93	944	909
Entretien seul	8	0	2	0	3	2
Dossier médical seul (3)	50	10	52	35	128	66
Questionnaire minimal (3)	45	7	33	0	20	4
Refus de toutes les parties (3)	10	2	14	0	10	1
Si entretien, suivi à 2 mois accepté (4)	516	72	653	81	850	-
Si entretien, suivi à 2 mois réalisé	356	45	427	39	566	-

(1) En cas de naissances multiples avec des issues différentes (par exemple IMG et naissance vivante), la femme est comptabilisée pour la naissance vivante
(2) Opposition possible à toutes les parties, y compris le questionnaire minimal
(3) Motifs de non-participation à l'entretien (2 choix possibles) :
Etat de santé de l'enfant, n=33
Etat de santé de la mère, n=44
Sortie précoce, n= 31
Problème de langue, n=51
Refus, n=314
Autre motif, n=18
Motif non précisé, n=28
(4) Pas de suivi à 2 mois à Mayotte

Tableau 104

Extrait d'indicateurs sur les caractéristiques maternelles, le suivi de grossesse et l'accouchement en Guadeloupe

	Guadeloupe				France métropolitaine		
	n	%	IC à 95 %	p	n	%	IC à 95 %
Âge de la femme (moyenne ± écart-type) [1]		31,4 ± 6,1				30,9 ± 5,3	
	(613)				(12 082)		
Niveau d'études > baccalauréat [1]	256	45,6	41,5 - 49,9	<,0001	6 501	59,4	58,5 - 60,4
	(561)				(10 940)		
Revenus mensuels < 1 000€ nets [1]	176	33,5	29,4 - 37,7	<,0001	774	7,5	7,0 - 8,0
	(526)				(10 379)		
Professionnel principalement responsable du suivi [1]							
Gynécologue-obstétricien	284	50,9	46,7 - 55,1	<,0001	5 609	51,5	50,6 - 52,5
Sage-femme	155	27,8	24,1 - 31,7		4 249	39,0	38,1 - 40,0
Autres professionnels	79	14,2	11,4 - 17,3		671	6,2	5,7 - 6,6
Plusieurs professionnels	40	7,2	5,2 - 9,6		356	3,3	2,9 - 3,6
	(558)				(10 885)		
Entretien Prénatal Précoce (EPP) [1]	214	37,9	33,9 - 42,1	0,4804	3 985	36,5	35,6 - 37,4
	(564)				(10 925)		
Si oui, réalisation par							
Une sage-femme de la maternité	19	9,0	5,5 - 13,6	<,0001	1 330	33,9	32,5 - 35,5
Une sage-femme libérale en ville	149	70,3	63,6 - 76,4		2 279	58,2	56,6 - 59,7
Une sage-femme de PMI [3]	23	10,8	7,0 - 15,8		189	4,8	4,2 - 5,5
Un gynécologue-obstétricien	21	9,9	6,2 - 14,7		120	3,1	2,6 - 3,7
	(212)				(3 918)		
Déclenchement [1]	146	24,0	20,7 - 27,6	0,3157	3 111	25,8	25,1 - 26,6
	(608)				(12 041)		
Césarienne [1]	109	17,3	14,5 - 20,5	0,0147	2 629	21,4	20,7 - 22,1
	(629)				(12 284)		
Prématurité [3]	63	10,2	7,9 - 12,8	0,0032	862	7,0	6,6 - 7,5
	(619)				(12 235)		
Allaitement maternel exclusif [4]	262	52,7	48,2 - 57,2	0,1178	5 494	56,3	55,3 - 57,3
	(497)				(9 761)		

(1) Rapporté au nombre de femmes
(2) PMI = Protection Maternelle et Infantile
(3) Rapporté au nombre de naissances
(4) Rapporté au nombre d'enfants non transférés en réanimation, soins intensifs et néonatologie

Tableau 105

Extrait d'indicateurs sur les caractéristiques maternelles, le suivi de grossesse et l'accouchement à Saint-Martin

(Naissances vivantes)

	Saint-Martin				France métropolitaine		
	n	%	IC à 95 %	p	n	%	IC à 95 %
Âge de la femme (moyenne ± écart-type) [1]	30,3 ± 5,7 (82)				30,9 ± 5,3 (12 082)		
Niveau d'études > baccalauréat [1]	36 (72)	50,0	38,0 - 62,0	0,1046	6 501 (10 940)	59,4	58,5 - 60,4
Revenus mensuels < 1 000€ nets [1]	21 (69)	30,4	19,9 - 42,7	<,0001	774 (10 379)	7,5	7,0 - 8,0
Professionnel principalement responsable du suivi [1]							
Gynécologue-obstétricien	33	46,5	34,6 - 58,7	0,3960	5 609	51,5	50,6 - 52,5
Autres situations [2]	38 (71)	53,5	41,3 - 65,5		5 276 (10 885)	48,5	47,5 - 49,4
Déclenchement [1]	18 (82)	22,0	13,6 - 32,5	0,4229	3 111 (12 041)	25,8	25,1 - 26,6
Césarienne [1]	25 (83)	30,1	20,5 - 41,2	0,0538	2 629 (12 284)	21,4	20,7 - 22,1
Allaitement maternel exclusif [3]	36 (59)	61,0	47,4 - 0,0	0,4650	5 494 (9 761)	56,3	55,3 - 57,3

(1) Rapporté au nombre de femmes
(2) Autres et/ou plusieurs professionnels
(3) Rapporté au nombre d'enfants non transférés en réanimation, soins intensifs et néonatologie

Tableau 106

Extrait d'indicateurs sur les caractéristiques maternelles, le suivi de grossesse et l'accouchement en Martinique

(Naissances vivantes)

	Martinique				France métropolitaine		
	n	%	IC à 95 %	p	n	%	IC à 95 %
Âge de la femme (moyenne ± écart-type) [1]	31,0 ± 6,4 (764)				30,9 ± 5,3 (12 082)		
Niveau d'études > baccalauréat [1]	383 (711)	53,9	50,1 - 57,6	0,0035	6 501 (10 940)	59,4	58,5 - 60,4
Revenus mensuels < 1 000€ nets [1]	166 (662)	25,1	21,8 - 28,6	<,0001	774 (10 379)	7,5	7,0 - 8,0
Professionnel principalement responsable du suivi [1]							
Gynécologue-obstétricien	305	43,3	39,6 - 47,0	<,0001	5 609	51,5	50,6 - 52,5
Sage-femme	297	42,1	38,5 - 45,9		4 249	39,0	38,1 - 40,0
Autres professionnels	61	8,7	6,7 - 11,0		671	6,2	5,7 - 6,6
Plusieurs professionnels	42 (705)	6,0	4,3 - 8,0		356 (10 885)	3,3	2,9 - 3,6
Entretien Prénatal Précoce (EPP) [1]	259 (711)	36,4	32,9 - 40,1	0,9792	3 985 (10 925)	36,5	35,6 - 37,4
Si oui, réalisation par							
Une sage-femme de la maternité	46	17,9	13,4 - 23,1	<,0001	1 330	33,9	32,5 - 35,5
Une sage-femme libérale en ville / PMI [2]	192	74,7	68,9 - 79,9		2 468	63,0	61,5 - 64,5
Un gynécologue-obstétricien	19 (257)	7,4	4,5 - 11,3		120 (3 918)	3,1	2,6 - 3,7
Déclenchement [1]	226 (762)	29,7	26,4 - 33,0	0,0197	3 111 (12 041)	25,8	25,1 - 26,6
Césarienne [1]	147 (772)	19,0	16,3 - 22,0	0,1200	2 629 (12 284)	21,4	20,7 - 22,1
Episiotomie [3]	34 (614)	5,5	3,9 - 7,7	0,0148	787 (9 467)	8,3	7,8 - 8,9
Prématurité [4]	66 (770)	8,6	6,7 - 10,8	0,1105	862 (12 235)	7,0	6,6 - 7,5
Allaitement maternel exclusif [5]	491 (641)	76,6	73,1 - 79,8	<,0001	5 494 (9 761)	56,3	55,3 - 57,3

(1) Rapporté au nombre de femmes
(2) PMI = Protection Maternelle et Infantile
(3) Rapporté au nombre de femmes ayant accouché par voie basse
(4) Rapporté au nombre de naissances
(5) Rapporté au nombre d'enfants non transférés en réanimation, soins intensifs et néonatologie

Tableau 107

Extrait d'indicateurs sur les caractéristiques maternelles, le suivi de grossesse et l'accouchement en Guyane

(Naissances vivantes)

	Guyane				France métropolitaine		
	n	%	IC à 95 %	p	n	%	IC à 95 %
Âge de la femme (moyenne ± écart-type) [1]	28,0 ± 6,9 (128)				30,9 ± 5,3 (12 082)		
Niveau d'études > baccalauréat [1]	16 (93)	17,2	10,2 - 26,4	<,0001	6 501 (10 940)	59,4	58,5 - 60,4
Revenus mensuels < 1 000€ nets [1]	38 (79)	48,1	36,7 - 59,6	<,0001	774 (10 379)	7,5	7,0 - 8,0
Professionnel principalement responsable du suivi [1]				0,0007			
Gynécologue-obstétricien	28	31,5	22,0 - 42,2		5 609	51,5	50,6 - 52,5
Sage-femme	48	53,9	43,0 - 64,6		4 249	39,0	38,1 - 40,0
Autres situations [2]	13 (89)	14,6	8,0 - 23,7		1 027 (10 885)	9,4	8,9 - 10,0
Entretien Prénatal Précoce (EPP) [1]	15 (93)	16,1	9,3 - 25,2	<,0001	3 985 (10 925)	36,5	35,6 - 37,4
Déclenchement [1]	35 (128)	27,3	19,8 - 35,9	0,6984	3 111 (12 041)	25,8	25,1 - 26,6
Césarienne [1]	30 (131)	22,9	16,0 - 31,1	0,6774	2 629 (12 284)	21,4	20,7 - 22,1
Prématurité [3]	21 (131)	16,0	10,2 - 23,5	<,0001	862 (12 235)	7,0	6,6 - 7,5
Allaitement maternel exclusif [4]	43 (80)	53,8	42,2 - 65,0	0,6489	5 494 (9 761)	56,3	55,3 - 57,3

(1) Rapporté au nombre de femmes
(2) Autres et/ou plusieurs professionnels
(3) Rapporté au nombre de naissances
(3) Rapporté au nombre d'enfants non transférés en réanimation, soins intensifs et néonatologie

Tableau 108

Extrait d'indicateurs sur les caractéristiques maternelles, le suivi de grossesse et l'accouchement à La Réunion

(Naissances vivantes)

	La Réunion				France métropolitaine		
	n	%	IC à 95 %	p	n	%	IC à 95 %
Âge de la femme (moyenne ± écart-type) [1]		29,7 ± 6,1				30,9 ± 5,3	
	(1 075)				(12 082)		
Niveau d'études > baccalauréat [1]	374	39,5	36,4 - 42,7	<,0001	6 501	59,4	58,5 - 60,4
	(947)				(10 940)		
Revenus mensuels < 1 000€ nets [1]	224	25,3	22,5 - 28,3	<,0001	774	7,5	7,0 - 8,0
	(886)				(10 379)		
Professionnel principalement responsable du suivi [1]							
Gynécologue-obstétricien	581	61,8	58,6 - 64,9	<,0001	5 609	51,5	50,6 - 52,5
Sage-femme	219	23,3	20,6 - 26,1		4 249	39,0	38,1 - 40,0
Autres professionnels	82	8,7	7,0 - 10,7		671	6,2	5,7 - 6,6
Plusieurs professionnels	58	6,2	4,7 - 7,9		356	3,3	2,9 - 3,6
	(940)				(10 885)		
Entretien Prénatal Précoce (EPP) [1]	455	48,3	45,0 - 51,5	<,0001	3 985	36,5	35,6 - 37,4
	(943)				(10 925)		
Si oui, réalisation par							
Une sage-femme de la maternité	34	7,6	5,4 - 10,5	<,0001	1 330	33,9	32,5 - 35,5
Une sage-femme libérale en ville	352	79,1	75,0 - 82,8		2 279	58,2	56,6 - 59,7
Une sage-femme de PMI [2]	30	6,7	4,6 - 9,5		189	4,8	4,2 - 5,5
Un gynécologue-obstétricien	29	6,5	4,4 - 9,2		120	3,1	2,6 - 3,7
	(445)				(3 918)		
Déclenchement [1]	224	20,9	18,5 - 23,5	0,0004	3 111	25,8	25,1 - 26,6
	(1 070)				(12 041)		
Césarienne [1]	234	21,5	19,1 - 24,1	0,9351	2 629	21,4	20,7 - 22,1
	(1 088)				(12 284)		
Episiotomie [3]	39	4,7	3,4 - 6,3	0,0002	787	8,3	7,8 - 8,9
	(834)				(9 467)		
Prématurité [4]	94	8,7	7,1 - 10,6	0,0430	862	7,0	6,6 - 7,5
	(1 080)				(12 235)		
Allaitement maternel exclusif [5]	467	57,7	54,2 - 61,1	0,4502	5 494	56,3	55,3 - 57,3
	(810)				(9 761)		

(1) Rapporté au nombre de femmes
(2) PMI = Protection Maternelle et Infantile
(3) Rapporté au nombre de femmes ayant accouché par voie basse
(4) Rapporté au nombre de naissances
(5) Rapporté au nombre d'enfants non transférés en réanimation, soins intensifs et néonatologie

Tableau 109

Extrait d'indicateurs sur les caractéristiques maternelles, le suivi de grossesse et l'accouchement à Mayotte

(Naissances vivantes)

	Mayotte				France métropolitaine		
	n	%	IC à 95 %	p	n	%	IC à 95 %
Âge de la femme (moyenne ± écart-type) [1]	(976)	28,2 ± 6,7			(12 082)	30,9 ± 5,3	
Niveau d'études > baccalauréat [1]	125 (911)	13,7	11,6 - 16,1	<,0001	6 501 (10 940)	59,4	58,5 - 60,4
Revenus mensuels < 1 000€ nets [1]	348 (579)	60,1	56,0 - 64,1	<,0001	774 (10 379)	7,5	7,0 - 8,0
Professionnel principalement responsable du suivi [1]				<,0001			
Gynécologue-obstétricien	11	1,2	0,6 - 2,2		5 609	51,5	50,6 - 52,5
Sage-femme	375	41,8	38,5 - 45,1		4 249	39,0	38,1 - 40,0
Autres situations [2]	512 (898)	57,0	53,7 - 60,3		1 027 (10 885)	9,4	8,9 - 10,0
Entretien Prénatal Précoce (EPP) [1]	16 (911)	1,8	1,0 - 2,8	<,0001	3 985 (10 925)	36,5	35,6 - 37,4
Déclenchement [1]	107 (974)	11,0	9,1 - 13,1	<,0001	3 111 (12 041)	25,8	25,1 - 26,6
Césarienne [1]	134 (984)	13,6	11,5 - 15,9	<,0001	2 629 (12 284)	21,4	20,7 - 22,1
Episiotomie [3]	14 (844)	1,7	0,9 - 2,8	<,0001	787 (9 467)	8,3	7,8 - 8,9
Prématurité [4]	97 (981)	9,9	8,1 - 11,9	0,0009	862 (12 235)	7,0	6,6 - 7,5
Allaitement maternel exclusif [5]	420 (522)	80,5	76,8 - 83,8	<,0001	5 494 (9 761)	56,3	55,3 - 57,3

(1) Rapporté au nombre de femmes
(2) Autres et/ou plusieurs professionnels
(3) Rapporté au nombre de femmes ayant accouché par voie basse
(4) Rapporté au nombre de naissances
(5) Rapporté au nombre d'enfants non transférés en réanimation, soins intensifs et néonatologie

Annexes

Les membres du comité de pilotage de l'Enquête Nationale Périnatale 2021

Les membres du Comité d'Orientation de l'Enquête Nationale Périnatale 2021

Questionnaire « Naissance »

Questionnaire de suivi à 2 mois

Questionnaire « Établissement »

Les membres du comité de pilotage de l'Enquête Nationale Périnatale 2021

Direction générale de la santé (DGS)
- Khadoudja CHEMLAL
- Nathalie RABIER-THOREAU

Direction de la recherche, des études,
de l'évaluation et des statistiques (DREES)
- Philippe RAYNAUD
- Thomas DEROYON
- Annick VILAIN
- Sylvie REY
- Jeanne FRESSON

Direction générale de l'offre de soins (DGOS)
- Frédérique COLLOMBET-MIGEON

Santé Publique France
- Nolwenn REGNAULT
- Virginie DEMIGUEL
- Elodie LEBRETON
- Benoit SALANAVE

Institut national de la santé et de la recherche médicale (INSERM),
Équipe de recherche en Épidémiologie Obstétricale,
Périnatale et Pédiatrique (EPOPé)
- Camille LE RAY
- Nathalie LELONG
- Hélène CINELLI
- Béatrice BLONDEL

Les membres du Comité d'Orientation de l'Enquête Nationale Périnatale 2021

Institut national de la santé
et de la recherche médicale (INSERM),
Équipe de recherche en Épidémiologie
Obstétricale, Périnatale et Pédiatrique (EPOPé)
- Camille LE RAY
- Nathalie LELONG
- Hélène CINELLI
- Béatrice BLONDEL

Direction générale de la santé (DGS)
- Grégory EMERY
- Caroline BUSSIERE
- Khadoudja CHEMLAL
- Nathalie RABIER-THOREAU

Direction de la recherche, des études,
de l'évaluation et des statistiques (DREES)
- Benoit OURLIAC
- Philippe RAYNAUD
- Thomas DEROYON
- Annick VILAIN
- Sylvie REY
- Jeanne FRESSON

Direction générale de l'offre de soins (DGOS)
- Céline CASTELAIN-JEDOR
- Frédérique COLLOMBET-MIGEON

Santé Publique France
- Nolwenn REGNAULT
- Virginie DEMIGUEL
- Elodie LEBRETON
- Benoit SALANAVE

Agences régionales de santé (ARS)
- Laurence DESPLANQUES (Ile-de-France)
- Valérie THOMASSIN (Bourgogne-Franche-Comté)

Caisse nationale de l'assurance
maladie des travailleurs salariés (CNAMTS)
- Philippe TUPPIN

Collège national des gynécologues-
obstétriciens français (CNGOF)
- Joëlle BELLAICHE-ALLARD

Collège national des sages-femmes
de France (CNSF)
- Adrien GANTOIS

Conseil national de l'Ordre
des sages-femmes (CNOSF)
- Isabelle DERRENDINGER

Fédération de l'hospitalisation privée (FHP)
- Sophie BUSQUET DE CHIVRE

Fédération française des réseaux
de santé en périnatalité (FFRSP)
- Jean-Louis SIMENEL

Fédération nationale des observatoires
régionaux de la santé (FNORS)
- Céline LECLERC
- Claire CHERBONNET

Comité d'animation nationale des actions
(CANA) de PMI
- Manuela CHEVIOT (Seine st Denis)

Société française d'anesthésie-réanimation (SFAR)
- Dan BENHAMOU
- Laurent HEYER

Société française de néonatalogie (SFN)
- Elie SALIBA

Collectif inter associatif autour
de la naissance (CIANE)
- France ARTZNER

Enquête Nationale Périnatale

Les 28 pages suivantes présentent le questionnaire dans son intégralité

Inserm
La science pour la santé
From science to health

Santé publique France

STATISTIQUE PUBLIQUE
La DREES fait partie du Service statistique public piloté par l'Insee.

ENP 2021

Enquête Nationale Périnatale

QUESTIONNAIRE NAISSANCE

INFORMATION PRÉALABLE

- A remplir pour tous les enfants nés vivants si la naissance ou l'issue de la grossesse a eu lieu à au moins 22 semaines d'aménorrhée et/ou si l'enfant pesait au moins 500 g à la naissance.
- L'enquête est composée de **plusieurs parties indépendantes** : l'entretien, la fiche contact, les données du dossier médical et le questionnaire minimal.
- En cas **de naissances multiples**, poser toutes les questions dans les cadres orange pour chaque accouchement et chaque enfant.
- En cas de mort-né, d'IMG ou d'accouchement sous le secret, remplir les questions P1 à P3b et P6, et le questionnaire minimal.

➔ **La partie Participation à l'enquête et la fiche Contact sont à remplir pour toutes les femmes.**

PARTICIPATION À L'ENQUÊTE

P1 - Maternité : (numéro FINESS géographique de l'établissement) ..... ☐☐☐☐☐☐☐☐☐

P2 - Numéro de la mère dans l'enquête ..... ☐☐☐

P3a - Ordre de la naissance si naissance multiple *coder 0 si naissance unique* ..... ☐

P3b - Etat à la naissance 1 ☐ **vivant** 2 ☐ **mort-né** 3 ☐ **IMG**

P4 - Participation à l'entretien ..... 0 ☐ non 1 ☐ oui

P5 - Si absence d'entretien, motif *(2 motifs possibles)*

1 ☐ état de santé de l'enfant
2 ☐ état de santé de la mère
3 ☐ sortie très précoce
4 ☐ problème de langue
5 ☐ refus
6 ☐ autre, *préciser :* .....

Si absence d'entretien (à l'exclusion du problème de langue ou du refus), remplir la partie données du dossier médical ➔**Page 19**

P6 - Droit d'opposition de la femme exercé pour

P6a - Le recueil des données du dossier médical ..... 0 ☐ non 1 ☐ oui

P6b - Le recueil des données du questionnaire minimal ..... 0 ☐ non 1 ☐ oui
si non, ➔**aller Page 27**

P6c - Le recueil des données SNDS
0 ☐ non 1 ☐ la femme 2 ☐ son enfant 3 ☐ la femme et son enfant

P7 - Acceptation du suivi à 2 mois ..... 0 ☐ non 1 ☐ oui

P8 - Droit d'opposition du second titulaire de l'autorité parentale exercé pour

P8a - Le recueil des données médicales pour son enfant ..... 0 ☐ non 1 ☐ oui

P8b - Le recueil des données SNDS pour son enfant ..... 0 ☐ non 1 ☐ oui

P8c - Le recueil des données socio-démographiques le concernant ..... 0 ☐ non 1 ☐ oui

P9 - Droit d'opposition des parents de mineures

P9a - La femme mineure exerce son droit au secret sur son état de santé *(elle ne souhaite pas que ses parents soient informés de son accouchement)* ..... 0 ☐ non 1 ☐ oui

P9b - *Si non, (la femme mineure accepte de remettre la note d'information à ses parents)* La femme mineure exerce son droit d'opposition pour l'accès à ses données par ses parents ..... 0 ☐ non 1 ☐ oui

P9c - *Si non, (la femme mineure ne s'oppose pas à l'accès aux données la concernant)*
Droit d'opposition de l'un des titulaires de l'autorité parentale exercé pour

P9c1 - l'entretien ..... 0 ☐ non 1 ☐ oui

P9c2 - les données du dossier médical ..... 0 ☐ non 1 ☐ oui

P9c3 - le questionnaire minimal ..... 0 ☐ non 1 ☐ oui

P9c4 - le suivi à 2 mois ..... 0 ☐ non 1 ☐ oui

P9c5 - le recueil des données SNDS ..... 0 ☐ non 1 ☐ oui

FEMMES PARTICIPANT À L'ENTRETIEN

A1a - Date de naissance de l'enfant *(jj/mm)* ..... J J / M M

ENQUÊTE AUPRÈS DE LA FEMME

A1b - Date d'entretien *(en jj/mm)* ..... J J / M M

Poser les questions telles quelles ; lire les réponses uniquement si en gras

LA SITUATION SOCIO-DÉMOGRAPHIQUE

Je vous remercie d'avoir accepté de participer à l'enquête.
Si une question vous gêne, vous n'êtes pas obligée d'y répondre.
Je vais commencer par vous poser quelques questions sur votre situation socio-économique.

B1 - Quelle est votre date de naissance ? *(mm/aaaa)* ..... M M / A A 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 (yc SES, SEGPA, CAP, BEP)
4 ☐ niveau lycée, enseignement général (yc bac général)
5 ☐ niveau lycée, enseignement technologique (yc bac technologique)
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, maîtrise)
9 ☐ niveau baccalauréat + 5 ans ou plus (yc diplôme ingénieur)

B3 - Quelle est votre nationalité ?

1 ☐ française
2 ☐ étrangère
3 ☐ française et étrangère

Si nationalité étrangère, **B3a -** *l'inscrire en clair :* ☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐

B4 - Dans quel pays êtes-vous née ?

1 ☐ France (Métropole, DROM) 2 ☐ autre pays

Si hors de France,
B4a - *inscrire le pays en clair :* ☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐
B4b - En quelle année êtes-vous arrivée en France ? ..... ☐☐☐☐

B5 - 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**

Si oui,
B6 - La personne avec qui vous vivez en couple est
1 ☐ **un homme**
2 ☐ **une femme**

B7 - Etes-vous mariée ou pacsée ? ..... 0 ☐ non 1 ☐ mariée 2 ☐ pacsée

B8 - Quelle est votre profession actuelle ou la dernière exercée ?
En étant le plus précis possible, par exemple : ouvrière agricole, secrétaire de catégorie B, technicienne informatique, ingénieure informatique *(noter sans profession si aucune)*

B8a - Actuellement ou au cours de votre dernier emploi, étiez-vous ?

1 ☐ **à votre compte (y compris gérante de société ou cheffe d'entreprise salariée)**
2 ☐ **salariée ou stagiaire rémunérée de la fonction publique (d'Etat, territoriale, hospitalière)**
3 ☐ **salariée ou stagiaire rémunérée d'un autre employeur (entreprise, association)**
4 ☐ **non rémunérée, mais vous aidiez une personne dans son travail**

B9 - Avez-vous travaillé pendant votre grossesse ? ..... 0 ☐ non 1 ☐ oui

Si oui, **B9a - Quand avez-vous interrompu votre travail, c'est-à-dire sans le reprendre jusqu'à l'accouchement ?** *(jj/mm/aa)* ..... J J / M M / A A

B10 - A la fin de votre grossesse, étiez-vous ?

1 ☐ **en activité jusqu'à votre congé (maternité ou autre)**
2 ☐ **en congé parental à temps plein**
3 ☐ **au chômage, demandeuse d'emploi ou à la recherche d'un emploi**
4 ☐ **étudiante ou élève** *(y compris stage de formation)*
5 ☐ **femme au foyer**
6 ☐ **dans une autre situation,** *préciser* .....

Si en activité (réponse 1)

B10a - Étiez-vous ?

1 ☐ **à temps plein**
2 ☐ **à temps partiel à 80%**
3 ☐ **à temps partiel à 50%**
4 ☐ **à temps partiel à moins de 50%**
5 ☐ **dans une autre situation,** *préciser* .....

B11 - Pendant votre grossesse, quelles étaient les sources de revenus de votre ménage (c'est-à-dire les personnes avec lesquelles vous avez un logement en commun) ? *(plusieurs réponses possibles)*

B11a - Salaire ou autre revenu provenant d'une activité professionnelle *(y compris prime d'activité)* ..... 0 ☐ non 1 ☐ oui

B11b - Allocation chômage ou allocation de retour à l'emploi ..... 0 ☐ non 1 ☐ oui

B11c - RSA ..... 0 ☐ non 1 ☐ oui

B11d - Autres ressources (par exemple allocations adultes handicapés (AAH) ou solidarité spécifique (ASS)) ..... 0 ☐ non 1 ☐ oui
(ne pas noter l'AJE, ni les allocations familiales ou de logement)

préciser .....

B11e - Aucune ressource ..... 0 ☐ non 1 ☐ oui

B12 - Durant la grossesse, quel était le revenu mensuel net moyen de votre ménage en euros, après prélèvement à la source, en prenant en compte toutes les sources de revenus (salaires, RSA, allocations chômage, prestation familiales, revenus du patrimoine) ?
(faire une moyenne mensuelle si les revenus étaient variables) .....

B12a - *Si le montant n'est pas communiqué,* proposer les fourchettes

1 ☐ **moins de 500 € par mois**
2 ☐ **moins de 1000 €**
3 ☐ **moins de 1500 €**
4 ☐ **moins de 2000 €**
5 ☐ **moins de 3000 €**
6 ☐ **moins de 4000 €**
7 ☐ **moins de 6000 €**
8 ☐ **moins de 8000 €**
9 ☐ **8000 € ou plus**
10 ☐ **vous ne savez pas**
11 ☐ **vous ne souhaitez pas répondre**

B13 - Actuellement, diriez-vous plutôt que financièrement

1 ☐ **vous ne pouvez pas y arriver sans faire de dettes**
2 ☐ **vous y arrivez difficilement**
3 ☐ **c'est juste, il faut faire attention**
4 ☐ **ça va**
5 ☐ **vous êtes plutôt à l'aise**
6 ☐ **vous êtes vraiment à l'aise**

B14 - Au début de votre grossesse, quelle était votre couverture maladie pour vos dépenses de santé ?

1 ☐ l'Aide Médicale d'Etat (AME)
2 ☐ la sécurité sociale gérée par la CPAM ou une autre caisse, appelée la protection universelle maladie (PUMA)
3 ☐ un système d'assurance santé étranger, une assurance privée
4 ☐ aucune couverture

B15 - Au début de votre grossesse, aviez-vous une couverture maladie complémentaire ?

1 ☐ la Complémentaire Santé Solidaire (CSS) (anciennement Complémentaire Maladie Universelle Complémentaire (CMU-C) ou l'aide au paiement de la complémentaire santé (ACS))
2 ☐ une mutuelle, une assurance privée ou une institution de prévoyance
3 ☐ aucune couverture maladie complémentaire

B16 - Au cours du troisième trimestre de votre grossesse, viviez-vous principalement ?

1 ☐ dans un logement personnel comme locataire ou propriétaire
2 ☐ dans votre famille ou chez des amis
3 ☐ à l'hôtel, dans un foyer d'accueil
4 ☐ dans un autre lieu, *préciser* .....

Si réponse 2 à 4

B16a - A la sortie de la maternité, où allez-vous habiter ?

1 ☐ dans un logement personnel comme locataire ou propriétaire
2 ☐ dans votre famille ou chez des amis
3 ☐ à l'hôtel, dans un foyer d'accueil
4 ☐ dans un autre lieu, *préciser* .....

B17 - Au cours du troisième trimestre de votre grossesse, combien d'adultes et d'enfants vivaient principalement dans ce logement ? ..... ☐☐

B17a - 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 - Est-ce que vous avez déjà utilisé une méthode pour éviter d'être enceinte, comme la pilule, le préservatif ou le retrait ? ..... 0 ☐ non 1 ☐ oui

Si oui,

C1a - Quelle était la <u>dernière</u> méthode utilisée ?
(citer toutes les méthodes, cocher deux méthodes si combinées)

1 ☐ la pilule
2 ☐ le stérilet
3 ☐ un implant
4 ☐ un patch
5 ☐ un anneau vaginal
6 ☐ le préservatif (masculin ou féminin)
7 ☐ le retrait
8 ☐ l'abstinence périodique (température, date ou Ogino, Billings …)
9 ☐ une autre méthode, laquelle ? .....

C1b - Avez-vous arrêté cette méthode de contraception parce que, *(citer tous les motifs, 2 réponses possibles)*

1 ☐ vous souhaitiez être enceinte
2 ☐ vous étiez enceinte
3 ☐ vous avez arrêté pour une grossesse précédente et depuis vous n'avez pas repris de contraception
4 ☐ vous souhaitiez une méthode sans hormone
5 ☐ la méthode ne vous convenait pas pour une autre raison
6 ☐ pour un autre motif, *préciser* .....

C2 - Avez-vous consulté un médecin ou une sage-femme en prévision de cette grossesse ? ..... 0 ☐ non 1 ☐ oui

Si oui,

C2a - Pour quel motif ? *(citer tous les motifs, 2 réponses possibles)*

1 ☐ **pour arrêter votre contraception**
2 ☐ **pour un bilan ou un traitement de l'infertilité**
3 ☐ **pour avoir un avis médical sur vos problèmes de santé, adapter un traitement**
4 ☐ **pour obtenir des conseils, discuter de votre projet de grossesse**
5 ☐ **autre,** *préciser* .....

C3 - Pour cette grossesse, avez-vous suivi un traitement pour être enceinte ? ..... 0 ☐ non 1 ☐ oui

Si oui,

C3a - Quel était ce traitement ?

1 ☐ **une fécondation in vitro** (avec ou sans ICSI)
2 ☐ **un don d'ovocytes**
3 ☐ **une insémination artificielle**
4 ☐ **des inducteurs de l'ovulation seuls** (médicaments pour stimuler l'ovulation)
5 ☐ **un autre traitement,** *préciser* .....

C4 - Pendant votre grossesse, avez-vous dû renoncer à des consultations, des examens médicaux ou des soins dentaires car vous ne pouviez pas les payer ? ..... 0 ☐ non 1 ☐ oui

C5 - Aviez-vous choisi comment nourrir votre enfant avant sa naissance (cad avec votre lait ou avec du lait premier âge du commerce) ? ..... 0 ☐ non 1 ☐ oui

➔ *Si non, passer à la question D1*

Si oui,

C5a - Quand aviez-vous choisi comment nourrir votre enfant ?

1 ☐ **avant votre grossesse**
2 ☐ **pendant votre grossesse**
3 ☐ **vous ne savez plus**

C5b - Quel mode d'alimentation aviez-vous choisi ?

1 ☐ **allaitement maternel**
2 ☐ **lait premier âge du commerce**
3 ☐ **allaitement mixte**

➔ *Si lait premier âge du commerce (réponse 2), passer à la question D1*

Si réponse 1 ou 3

C5c - Combien de temps pensiez-vous alors allaiter ?

1 ☐ **moins d'un mois**
2 ☐ **entre 1 et 3 mois**
3 ☐ **entre 4 et 6 mois**
4 ☐ **plus de 6 mois**
5 ☐ **le plus longtemps possible**
6 ☐ **vous n'aviez pas d'idée précise**

LA GROSSESSE

Passons maintenant à ce qui s'est passé pendant votre grossesse.

D1 - Quand vous avez su que vous étiez enceinte

1 ☐ **vous étiez heureuse que cette grossesse arrive maintenant**
2 ☐ **vous auriez aimé que la grossesse arrive plus tôt**
3 ☐ **vous auriez aimé que la grossesse 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 - Au cours de votre grossesse, vous est-il arrivé de vivre une période d'au moins deux semaines d'affilée pendant laquelle vous vous sentiez triste, déprimée, sans espoir ? ..... 0 ☐ non 1 ☐ oui

D4 - Au cours de votre grossesse, vous est-il arrivé de vivre une période d'au moins deux semaines d'affilée, 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

D5 - Concernant vos proches, diriez-vous que pendant votre grossesse vous avez été

1 ☐ **très bien entourée**
2 ☐ **bien entourée**
3 ☐ **peu entourée**
4 ☐ **pas du tout entourée**
5 ☐ vous ne souhaitez pas répondre

D6 - A quel mois de l'année avez-vous commencé à faire suivre votre grossesse ? *(janv = 01)* ..... ☐☐

D7 - Avez-vous consulté au moins une fois dans la maternité dans laquelle vous avez accouché ou auprès d'une personne de l'équipe médicale de cette maternité *(ne pas compter la consultation d'anesthésie) (si consultation en cabinet de ville du gynécologue obstétricien, cocher 1)* **?** ..... 0 ☐ non 1 ☐ oui

D8 - Durant les 6 premiers mois de votre grossesse environ, qui avez-vous le plus souvent consulté <u>pour le suivi de votre grossesse</u> ?

1 ☐ **un gynécologue ou un obstétricien en cabinet de 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 libérale en ville** (ou plusieurs)
5 ☐ **une sage-femme en maternité** (ou plusieurs)
6 ☐ **une sage-femme** (ou plusieurs) **en Centre Périnatal de Proximité (CPP)**
7 ☐ **un médecin** (ou plusieurs) **en Centre Périnatal de Proximité (CPP)**
8 ☐ **un médecin ou une sage-femme à la PMI** (ou plusieurs)

D9 - Durant votre grossesse, avez-vous consulté en urgence ou sans rendez-vous pour un motif lié à la grossesse ? ..... 0 ☐ non 1 ☐ oui

Si oui,
D9a - Combien de fois dans une maternité, aux urgences d'une maternité ou aux urgences d'un autre hôpital ? ..... ☐☐
D9b - Combien de fois en cabinet médical ? ..... ☐☐

D10 - Durant votre grossesse, avez-vous consulté un professionnel pour des difficultés psychologiques, comme un psychologue, un psychothérapeute ou un médecin ? ..... 0 ☐ non 1 ☐ oui

Si oui,
Est-ce que c'était :
D10a - un psychiatre ..... 0 ☐ non 1 ☐ oui
D10b - un généraliste ..... 0 ☐ non 1 ☐ oui
D10c - un autre médecin ..... 0 ☐ non 1 ☐ oui
D10d - un psychologue ou un psychothérapeute ..... 0 ☐ non 1 ☐ oui
D10e - un autre professionnel ..... 0 ☐ non 1 ☐ oui
préciser .....

D11 - Avez-vous vu une assistante sociale pendant votre grossesse ? ..... 0 ☐ non 1 ☐ oui

D12 - Avez-vous vu une diététicienne ou un professionnel de santé pour faire le point sur votre alimentation pendant votre grossesse ? (consultation ou réunion d'information) ..... 0 ☐ non 1 ☐ oui

D13 - Avez-vous eu des visites à domicile par une sage-femme ? ..... 0 ☐ non 1 ☐ oui

D14 - Avez-vous reçu le carnet de maternité ? (montrer la couverture) ..... 0 ☐ non 1 ☐ oui 2 ☐ ne sait pas

Si oui,
D14a - Comment l'avez-vous eu ?
1 ☐ **par votre médecin à son cabinet ou par une sage-femme libérale**
2 ☐ **par la maternité où vous avez consulté**
3 ☐ **par la PMI ou votre Caisse d'Assurance (en main propre, par la poste, par mail ou sur internet)**
4 ☐ **vous ne savez pas**

D15 - Avez-vous eu un entretien prolongé, individuel ou en couple, avec une sage-femme ou un médecin, appelé « entretien prénatal précoce » ou « entretien du 4ème mois » ? ..... 0 ☐ non 1 ☐ oui 2 ☐ ne sait pas

➔ *Si non ou ne sait pas, passer à la question D16*

Si oui,

D15a - 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* .....

D15b - A quel mois de l'année a-t-il été fait ? *(janv=01)* ..... ☐☐

D15c - 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 etc)* ..... 0 ☐ non 1 ☐ oui

D16 - Avez-vous suivi des séances de préparation à la naissance pendant cette grossesse ?

0 ☐ non
1 ☐ oui, en libéral
2 ☐ oui, au sein de la maternité
3 ☐ oui, en libéral et au sein de la maternité
4 ☐ autre, *préciser* .....

Si oui,

D16a - Combien ? ..... ☐☐

D16b - Est-ce que votre partenaire était présent.e à au moins une des séances ? ..... 0 ☐ non 1 ☐ oui

Les questions qui suivent concernent ce qui s'est passé avec les professionnels de santé rencontrés pendant votre grossesse (par exemple médecins, sages-femmes, infirmières, kinésithérapeutes, diététiciens ou tous les autres professionnels qui travaillent dans le domaine de la santé). Pouvez-vous dire à quel point il vous était facile ou difficile de faire ce qui est indiqué dans chacune des cinq affirmations suivantes.

Les réponses possibles sont :
1 : impossible ou toujours difficile
2 : généralement difficile
3 : parfois difficile
4 : généralement facile
5 : toujours facile

D17 - Avoir de bonnes discussions sur votre santé avec les sages-femmes ou les médecins

1 ☐ **impossible ou toujours difficile**
2 ☐ **généralement difficile**
3 ☐ **parfois difficile**
4 ☐ **généralement facile**
5 ☐ **toujours facile**

D18 - Discuter avec les professionnels de santé jusqu'à comprendre tout ce que vous aviez besoin de comprendre

1 ☐ **impossible ou toujours difficile**
2 ☐ **généralement difficile**
3 ☐ **parfois difficile**
4 ☐ **généralement facile**
5 ☐ **toujours facile**

D19 - Poser des questions aux professionnels de santé pour obtenir les informations dont vous aviez besoin

1 ☐ **impossible ou toujours difficile**
2 ☐ **généralement difficile**
3 ☐ **parfois difficile**
4 ☐ **généralement facile**
5 ☐ **toujours facile**

D20 - Vous assurer que les professionnels de santé comprenaient bien votre situation

1 ☐ **impossible ou toujours difficile**
2 ☐ **généralement difficile**
3 ☐ **parfois difficile**
4 ☐ **généralement facile**
5 ☐ **toujours facile**

D21 - Vous sentir capable de discuter de vos problèmes de santé avec un professionnel de santé

1 ☐ **impossible ou toujours difficile**
2 ☐ **généralement difficile**
3 ☐ **parfois difficile**
4 ☐ **généralement facile**
5 ☐ **toujours facile**

LA SANTÉ, LES EXAMENS ET LA PRÉVENTION PENDANT LA GROSSESSE

E1a - Quel était votre poids avant cette grossesse ? (en kg) ..... ☐☐☐

E1b - Et à la fin de cette grossesse ? (en kg) ..... ☐☐☐

E2 - Quelle est votre taille exacte ? (en cm) ..... ☐☐☐

E3 - Combien avez-vous eu d'échographies <u>en tout</u> (quels que soient le lieu et la raison, y compris aux urgences et au cabinet médical) ? ..... ☐☐

E4 - A l'échographie du 1er trimestre, avez-vous eu une mesure de l'épaisseur de la nuque (clarté nucale) pour connaître le risque de trisomie 21 ? ..... 0 ☐ non 1 ☐ oui 2 ☐ ne sait pas

E5 - Avez-vous eu un dépistage de la trisomie 21 par une prise de sang ? ..... 0 ☐ non 1 ☐ oui 2 ☐ ne sait pas

Si oui,

E5a - Quel test de dépistage avez-vous eu ?

1 ☐ **un dépistage par les marqueurs sériques seuls au 1er ou au 2ème trimestre avec un résultat sous la forme 1 sur ….**
2 ☐ **une analyse de l'ADN du bébé seul c'est-à-dire un dépistage prénatal non invasif (DPNI)**
3 ☐ **les deux, un dépistage des marqueurs sériques et un DPNI**
4 ☐ **vous ne savez pas**

Si non,

E5b - Pourquoi n'avez-vous pas eu de dépistage ?

1 ☐ non proposé
2 ☐ refusé
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

E6 - Avez-vous eu un des examens suivants ?

1 ☐ **une amniocentèse**
2 ☐ **une biopsie de trophoblaste**
3 ☐ **aucun de ces examens**
4 ☐ **vous ne savez pas**

E7 - Environ un an avant le début de votre grossesse, fumiez-vous des cigarettes *(cad cigarettes « classiques » ou tabac à rouler, sans compter les cigarettes électroniques)* **?** ..... 0 ☐ non 1 ☐ oui

Si oui, **E7a - Combien de cigarettes fumiez-vous en moyenne par jour ?** ..... ☐☐

E8 - Au moment où vous avez su que vous étiez enceinte, fumiez-vous ? *(cad cigarettes « classiques » ou tabac à rouler, sans compter les cigarettes électroniques)* ..... 0 ☐ non 1 ☐ oui

Si oui, **E8a - Combien de cigarettes fumiez-vous en moyenne par jour ?** ..... ☐☐

E9 - Au 3ème trimestre de la grossesse, combien de cigarettes fumiez-vous en moyenne par jour ? *(cad cigarettes « classiques » ou tabac à rouler, sans compter les cigarettes électroniques, aucune cigarette = 00)* ..... ☐☐

E10 - Environ un an avant le début de votre grossesse, avez-vous fumé du cannabis, au moins une fois ? 0 ☐ non 1 ☐ oui

Si oui,

E10a - A quelle fréquence ?

1 ☐ moins d'une 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

E11 - Pendant votre grossesse, avez-vous fumé du cannabis, même occasionnellement ? ..... 0 ☐ non 1 ☐ oui

Si oui,

E11a - A quelle fréquence ?

1 ☐ moins d'une 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

E12 - Environ un an avant le début de votre grossesse, à quelle fréquence buviez-vous des boissons alcoolisées ? (bière, vin, apéritif, champagne…)

1 ☐ jamais
2 ☐ 1 fois par mois, ou moins
3 ☐ 2 à 4 fois par mois
4 ☐ 2 à 3 fois par semaine
5 ☐ 4 fois par semaine ou plus, mais pas tous les jours
6 ☐ tous les jours

Si réponse 2 à 6

E12a - Environ un an avant le début de votre grossesse, combien de verres standards buviez-vous au cours d'une semaine où vous buviez des boissons alcoolisées (y compris le week end) ?

1 ☐ moins d'un verre
2 ☐ 1 à 4 verres
3 ☐ 5 à 10 verres
4 ☐ 11 à 13 verres
5 ☐ 14 verres ou plus

E13 - A partir du moment où vous avez su que vous étiez enceinte, à quelle fréquence buviez-vous des boissons alcoolisées ?

1 ☐ jamais
2 ☐ 1 fois par mois, ou moins
3 ☐ 2 à 4 fois par mois
4 ☐ 2 à 3 fois par semaine
5 ☐ 4 fois par semaine ou plus, mais pas tous les jours
6 ☐ tous les jours

Si réponse 2 à 6

E13a - A partir du moment où vous avez su que vous étiez enceinte, combien de verres standards buviez-vous au cours d'une semaine où vous buviez des boissons alcoolisées (y compris le week end) ?

1 ☐ moins d'un verre
2 ☐ 1 à 4 verres
3 ☐ 5 à 10 verres
4 ☐ 11 à 13 verres
5 ☐ 14 verres ou plus

E13b - A partir du moment où vous avez su que vous étiez enceinte, 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 …) ?

1 ☐ jamais
2 ☐ moins d'une fois par mois
3 ☐ une fois par mois
4 ☐ une fois par semaine
5 ☐ chaque jour ou presque

E14 - Pendant la grossesse, avez-vous eu un dépistage du diabète ? ..... 0 ☐ non 1 ☐ oui 2 ☐ ne sait pas

E15 - Est-ce que vos parents, frères, sœurs ou enfants ont un diabète (type 1, type 2) **?** ..... 0 ☐ non 1 ☐ oui 2 ☐ ne sait pas

E16 - Pendant la grossesse ou dans les 3 années précédant cette grossesse, avez-vous eu un ou plusieurs examens pour le dépistage du cancer du col ? ..... 0 ☐ non 1 ☐ oui 2 ☐ ne sait pas

Si oui,

E16a - Avez-vous eu un frottis cervical ?

- 0 ☐ **non**
- 1 ☐ **oui, dans les 3 ans précédant la grossesse**
- 2 ☐ **oui, pendant cette grossesse**
- 3 ☐ **oui, dans les 3 ans précédant la grossesse et pendant la grossesse**
- 4 ☐ **vous ne savez pas**

E16b - Avez-vous réalisé un auto-prélèvement vaginal ?

- 0 ☐ **non**
- 1 ☐ **oui, dans les 3 ans précédant la grossesse**
- 2 ☐ **oui, pendant cette grossesse**
- 3 ☐ **oui, dans les 3 ans précédant la grossesse et pendant la grossesse**
- 4 ☐ **vous ne savez pas**

E17 - Pendant votre grossesse, vous a-t-on proposé ou conseillé de vous vacciner contre la grippe ? ..... 0 ☐ non 1 ☐ oui 2 ☐ ne sait pas

E18 - Pendant votre grossesse, avez-vous été vaccinée contre la grippe ? ..... 0 ☐ non 1 ☐ oui

Si oui,

E18a - Qui vous a prescrit le vaccin ?

- 1 ☐ un gynécologue-obstétricien
- 2 ☐ une sage-femme
- 3 ☐ un généraliste
- 4 ☐ un pharmacien
- 5 ☐ la médecine du travail
- 6 ☐ autre, *préciser* .....

Si non,

E18b - Pourquoi ?

E18b1 - On ne vous l'a pas proposé ..... 0 ☐ non 1 ☐ oui

E18b2 - Vous aviez peur que la vaccination ait des effets défavorables pour votre bébé ..... 0 ☐ non 1 ☐ oui

E18b3 - Vous aviez peur que la vaccination ait des effets défavorables pour vous ..... 0 ☐ non 1 ☐ oui

E18b4 - Vous n'aviez pas peur d'avoir la grippe ..... 0 ☐ non 1 ☐ oui

E18b5 - Vous n'aimez pas les vaccins en général ..... 0 ☐ non 1 ☐ oui

E18b6 - Autre raison, *préciser* ..... 0 ☐ non 1 ☐ oui

E19 - Durant la grossesse, avez-vous reçu des conseils pour limiter la transmission du CMV (cytomégalovirus) ? ..... 0 ☐ non 1 ☐ oui 2 ☐ ne sait pas

E20 - Pour cette grossesse, avez-vous pris de la vitamine B9 (acide folique ou folates) ou des multivitamines spécialement pour la grossesse ? ..... 0 ☐ non 1 ☐ oui 2 ☐ ne sait pas

Si oui,

E20a - Quand avez-vous commencé ?

- 1 ☐ **3 mois ou plus avant votre grossesse**
- 2 ☐ **1 ou 2 mois avant votre grossesse**
- 3 ☐ **dans le premier mois de grossesse**
- 4 ☐ **entre le 2ème et 3ème mois de grossesse**
- 5 ☐ **après le troisième mois de grossesse**
- 6 ☐ **vous ne savez plus à quel moment de la grossesse**

E21 - Pendant votre grossesse, un professionnel de santé vous-a-t-il demandé si vous fumiez ? ..... 0 ☐ non 1 ☐ oui 2 ☐ ne sait pas

Si oui,

E21a - Que vous a t-il recommandé ?

0 ☐ **vous n'avez pas eu de recommandation car vous ne fumiez pas**
1 ☐ **vous n'avez pas reçu de conseils**
2 ☐ **vous avez eu des conseils pour arrêter**
3 ☐ **vous avez eu des conseils pour diminuer**
4 ☐ **il vous a dit qu'il était possible de fumer de temps en temps**
5 ☐ **vous ne savez pas**

E22 - Pendant votre grossesse, un professionnel de santé vous-a-t-il interrogée sur votre consommation d'alcool ? ..... 0 ☐ non 1 ☐ oui 2 ☐ ne sait pas

E23 - Pendant votre grossesse, un professionnel vous-a-t-il donné des conseils sur la consommation d'alcool ?

0 ☐ **vous n'avez pas reçu de conseils**
1 ☐ **vous avez eu des conseils pour ne pas boire du tout**
2 ☐ **vous avez eu des conseils pour diminuer votre consommation**
3 ☐ **on vous a dit qu'il était possible de boire un verre de temps en temps**
4 ☐ **vous ne buvez jamais d'alcool**
5 ☐ **vous ne savez pas**

L'ACCOUCHEMENT ET L'ENFANT

Je vais maintenant vous poser quelques questions au sujet de votre accouchement.

F1- Pour votre accouchement, combien de temps avez-vous mis pour aller de votre domicile à la maternité *(en minutes) (noter 999 si accouchement hors maternité)* **?** ..... ☐☐☐

F2 - Comment êtes-vous venue à la maternité, pour votre accouchement ?

1 ☐ **en voiture (personnelle ou celle d'un proche)**
2 ☐ **en transport en commun** (bus, métro …)
3 ☐ **en taxi**
4 ☐ **en transport d'urgence** (ambulance privée, pompiers, SAMU)
5 ☐ **autre,** *préciser* .....

F3 - 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 ?

1 ☐ **oui, vous avez écrit un projet de naissance**
2 ☐ **oui, vous aviez des demandes particulières, mais vous ne les avez pas écrites**
3 ☐ **non, vous n'aviez pas de demande particulière**

Si oui,

F3a - Avez-vous pu exprimer vos demandes ? ..... 0 ☐ non 1 ☐ oui

F3b - Vos demandes étaient de

F3b1 - pouvoir boire et/ou manger ..... 0 ☐ non 1 ☐ oui
F3b2 - pouvoir marcher, changer de position, faire du ballon ..... 0 ☐ non 1 ☐ oui
F3b3 - faire du peau à peau avec votre enfant ..... 0 ☐ non 1 ☐ oui
F3b4 - limiter les actes médicaux comme l'épisiotomie, la césarienne, le recours à l'ocytocine ..... 0 ☐ non 1 ☐ oui
F3b5 - avoir de la lumière douce et/ou de la musique ..... 0 ☐ non 1 ☐ oui
F3b6 - porter des vêtements personnels ..... 0 ☐ non 1 ☐ oui
F3b7 - accoucher sans péridurale ..... 0 ☐ non 1 ☐ oui

F3b8 - autre, *préciser* .....

F4 - 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 (F4=2), passez à la question F16*

F5 - Avez-vous bu ou mangé pendant le travail, c'est-à-dire en salle de naissance ?

1 ☐ **seulement bu**
2 ☐ **seulement mangé**
3 ☐ **bu et mangé**
4 ☐ **ni bu, ni mangé**

F6 - Avant votre accouchement, souhaitiez-vous avoir une analgésie péridurale pour soulager la douleur ?

0 ☐ **non**
1 ☐ **oui, absolument**
2 ☐ **oui peut être, vous hésitiez**

F7 - Pendant votre accouchement, avez-vous eu une analgésie péridurale *(y compris rachi ou péri-rachianesthésie)* **?** ..... 0 ☐ non 1 ☐ oui

Si oui,

F7a - Avez-vous eu une petite pompe sur laquelle appuyer pour gérer vous-même les réinjections d'anesthésique de votre péridurale (PCEA, PIEB) ? ..... 0 ☐ non 1 ☐ oui

F7b - Comment évaluez-vous l'efficacité de la péridurale pour soulager la douleur ?

1 ☐ **parfaitement efficace**
2 ☐ **trop efficace**
3 ☐ **peu ou partiellement efficace**
4 ☐ **totalement inefficace**
5 ☐ **autre,** *préciser* .....

F8 - Pendant votre accouchement, avez-vous eu quelque chose d'autre pour <u>soulager la douleur</u> ? *Poser toutes les questions*

F8a - des médicaments par injection ou par perfusion ..... 0 ☐ non 1 ☐ oui
F8b - des médicaments en comprimés ..... 0 ☐ non 1 ☐ oui
F8c - un gaz à respirer ..... 0 ☐ non 1 ☐ oui
F8d - une méthode non médicamenteuse comme
- **F8d1 - un ballon, la marche, le choix de vos positions** ..... 0 ☐ non 1 ☐ oui
- **F8d2 - un bain ou une douche pendant le travail** ..... 0 ☐ non 1 ☐ oui
- **F8d3 - un massage** ..... 0 ☐ non 1 ☐ oui
- **F8d4 - de l'hypnose ou de la sophrologie** ..... 0 ☐ non 1 ☐ oui
- **F8d5 - de l'acupuncture ou de l'acupression** ..... 0 ☐ non 1 ☐ oui
- **F8d6 - une autre méthode,** *préciser* .....

F9 - Globalement, êtes-vous satisfaite de ce que vous avez eu pour soulager la douleur ou pour vous aider pendant les contractions, quelle que soit la méthode utilisée *(y compris l'analgésie péridurale)* **?**

1 ☐ **très satisfaite**
2 ☐ **plutôt satisfaite**
3 ☐ **peu satisfaite**
4 ☐ **pas du tout satisfaite**

➔ *Si césarienne pendant travail (F4=3), passez à la question F16*

F10 - Dans quelle position étiez-vous au moment où vous avez commencé à pousser votre bébé (au 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* .....

F11 - 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* .....

F12 - Qui vous a aidé à mettre au monde votre bébé ?

1 ☐ **un gynécologue ou un obstétricien** (yc interne)
2 ☐ **une sage-femme** (yc étudiante)
3 ☐ **une autre personne**, *préciser* .....

Nous allons maintenant parler de la douleur que vous avez pu avoir au moment de l'accouchement.

F13 - Avez-vous accouché par voie basse spontanée *(cad SANS forceps, ventouse, spatules)* **?** ..... 0 ☐ non 1 ☐ oui

Si oui, **F13a - Quel chiffre décrit le mieux votre niveau de douleur au cours de la sortie de la tête de votre bébé en utilisant une échelle allant de 0 (pas de douleur) à 10 (douleur insupportable) ?** ..... ☐☐

F14 - Avez-vous accouché par voie basse instrumentale *(cad par forceps, ventouse, spatules)* **?** ..... 0 ☐ non 1 ☐ oui

Si oui, **F14a - Quel chiffre décrit le mieux votre niveau de douleur au moment des manœuvres instrumentales en utilisant une échelle allant de 0 (pas de douleur) à 10 (douleur insupportable) ?** ..... ☐☐

F15 - Avez-vous eu une déchirure ou une épisiotomie ayant nécessité une suture ? ..... 0 ☐ non 1 ☐ oui

Si oui, **F15a - Quel chiffre décrit le mieux votre niveau de douleur au moment de la suture en utilisant une échelle allant de 0 (pas de douleur) à 10 (douleur insupportable) ?** ..... ☐☐

➔ *Passez à la question F19*

Pour les femmes ayant accouché par césarienne

Nous allons maintenant parler de la douleur que vous avez pu avoir au moment de votre césarienne.

F16 - Si on utilise une échelle allant de 0 (pas de douleur) à 10 (douleur insupportable), quel chiffre décrit le mieux l'importance de votre douleur <u>au tout début de la césarienne</u> ? ..... ☐☐

F17 - Si on utilise une échelle allant de 0 (pas de douleur) à 10 (douleur insupportable), quel chiffre décrit le mieux l'importance de votre douleur <u>juste après la sortie de votre bébé</u> ? ..... ☐☐

➔ *Si F16≥1 ou F17≥1, poser F18. Sinon, passer à F19*

F18 - Cette douleur a-t-elle été prise en compte par l'équipe soignante au bloc opératoire ? ..... 0 ☐ non 1 ☐ oui

Pour toutes les femmes

Au sujet de votre bébé maintenant

F19 - Avez-vous eu un contact peau à peau avec votre bébé ?

1 ☐ **oui, en salle de naissance**
2 ☐ **oui, au bloc opératoire**
3 ☐ **oui, en salle de réveil**
4 ☐ **oui, au bloc opératoire et en salle de réveil**
5 ☐ **pas de peau à peau**

F20 - Une personne de votre entourage était-elle présente au moment de la naissance de votre enfant ?

- 0 ☐ **non**
- 1 ☐ **oui, votre partenaire**
- 2 ☐ **oui, une autre personne de votre entourage**

F21 - Avez-vous essayé une mise au sein dans les deux premières heures suivant sa naissance (y compris la tétée d'accueil) ? ..... 0 ☐ non 1 ☐ oui

F22 - Aujourd'hui comment votre enfant est-il nourri ?

- 1 ☐ au lait maternel (ou du lactarium) uniquement
- 2 ☐ au lait premier âge du commerce uniquement
- 3 ☐ allaitement mixte (lait maternel et lait premier âge du commerce)
- 4 ☐ inconnu

Si réponse 2 **F22a - Avez-vous essayé de l'allaiter ?** ..... 0 ☐ non 1 ☐ oui

F23 - Depuis le jour de sa naissance, votre nouveau-né a-t-il bu de l'eau ? ..... 0 ☐ non 1 ☐ oui

F24 - Les professionnels de santé vous ont-ils conseillé de toujours coucher votre bébé sur le dos quand il dort ?

- 0 ☐ **non, jamais**
- 1 ☐ **oui, pendant la grossesse**
- 2 ☐ **oui, après l'accouchement**
- 3 ☐ **oui, pendant la grossesse et après l'accouchement**
- 4 ☐ **vous ne savez pas**

Je vous remercie d'avoir pris le temps de répondre à ces questions.
N'hésitez à poser vos questions ou à demander des conseils à l'équipe de la maternité.
Vous pouvez aussi consulter la liste des ressources disponibles remise avec la lettre d'informations.

BILAN DE L'ENTRETIEN

A remplir pour toutes les femmes interrogées

N1 - Présence d'une tierce personne lors de l'entretien en face-à-face

- 0 ☐ **non**
- 1 ☐ **oui,** *préciser qui* .....

N2 - Déroulement de l'entretien en face à face *(plusieurs réponses possibles)*

- 1 ☐ **réponses de la femme sans aide**
- 2 ☐ **réponses avec l'aide d'un proche**
- 3 ☐ **réponses avec l'aide de l'enquêteur**
- 4 ☐ **pas d'interrogatoire**

N3 - Si entretien difficile, pourquoi ?

- 1 ☐ **arrêt en cours d'entretien,** *précisez la raison* .....
- 2 ☐ **état de santé de l'enfant**
- 3 ☐ **état de santé de la mère**
- 4 ☐ **problème de langue**
- 5 ☐ **autre,** *préciser* .....

N4 - Commentaire libre

.....

.....

.....

Fiche Contact

Remplir une fiche Contact par femme

Enquête Nationale Périnatale

Numéro d'identification de la femme dans l'enquête : .....

1. QUESTIONNAIRE MINIMAL

0 ☐ non 1 ☐ oui

Si oui, le remplissage de la fiche contact est terminé.

Je voudrais maintenant terminer en vous demandant votre accord pour la suite de l'enquête :

2. ACCEPTEZ-VOUS D'ÊTRE RECONTACTÉE DANS 2 MOIS ?

0 ☐ non 1 ☐ oui

(Reporter/vérifier la cohérence avec la variable P7 - Participation à l'enquête)
Si la femme refuse le suivi, l'entretien est terminé. Ne pas oublier de remplir ultérieurement les parties 3 et 4 sur l'appariement.

Si oui,

Nous vous demandons un mail et un numéro de téléphone portable de préférence, au cas où il y aurait une erreur dans la transcription d'une de vos coordonnées.

Quelle est votre adresse mail :

@

Quel est votre numéro de téléphone portable : .....

Souhaitez-vous participer en remplissant un questionnaire ..... 1 ☐ par internet 2 ☐ par téléphone

Quel est le prénom de votre enfant (ou celui né en premier) ?

Quelle est sa date de naissance ? ..... J J / M M / A A A A

Quel est le prénom de votre enfant né en deuxième ?

Quel est le prénom de votre enfant né en troisième ?

Reporter ici le nom de la femme :

son prénom :

Remplir les informations ci-dessous à partir des données disponibles dans le dossier de la femme

3. APPARIEMENT DE LA FEMME AUX DONNÉES DU SNDS

0 ☐ non 1 ☐ oui

Reporter/vérifier la variable P6c, en début de questionnaire. Si opposition à l'appariement, passez à la partie 4.

Date de naissance de la mère *(à remplir systématiquement)* ..... J J / M M / A A A A

Numéro de sécurité sociale (NIR) de la mère : .....

Si pas de NIR connu ou NIR temporaire, identité de la mère

➜ Nom de naissance :

➜ Nom d'usage :

➜ Prénom :

➜ Lieu de naissance :

Nom de la commune

Département

Nom du pays si naissance à l'étranger

4. APPARIEMENT DE L'ENFANT AUX DONNÉES DU SNDS

0 ☐ non 1 ☐ oui

Reporter/Vérifier P6c et P8b. Si opposition à l'appariement de l'enfant, le remplissage de la fiche est terminé.

Nom de famille de l'enfant (ou des enfants si multiples) :

Puis remplir ci-dessous :

Premier enfant : Prénom(1)

Sexe 1 ☐ M 2 ☐ F Date de naissance ..... J J / M M

Deuxième enfant : Prénom(1)

Sexe 1 ☐ M 2 ☐ F Date de naissance ..... J J / M M

Troisième enfant : Prénom(1)

Sexe 1 ☐ M 2 ☐ F Date de naissance ..... J J / M M

(1) Ne pas recopier les prénoms des enfants si la femme a accepté le suivi à 2 mois, mais noter le sexe et la date de naissance de chaque enfant

5. COMMENTAIRE LIBRE

0 ☐ non 1 ☐ oui

.....

.....

.....

.....

DONNÉES DU DOSSIER MÉDICAL

G1 - Date de naissance de la mère *(mm/aa)* ..... M M / A A

G2 - Adresse de la femme

G2a - Rue 1

G2b - Rue 2

G2c - Ville

G2d - Code Postal

SITUATION AVANT LA GROSSESSE

G3 - Nombre total de grossesses *(grossesse actuelle non comprise)* .....

G4 - Nombre d'accouchements *(≥ 22 SA) (accouchement actuel non compris)* .....

G5 - Nombre d'avortements spontanés *(<22SA)* .....

G6 - Nombre d'IVG .....

G7 - Nombre de GEU .....

G8 - Nombre d'IMG *(grossesse actuelle non comprise)* .....

G9 - Nombre de césariennes *(grossesse actuelle non comprise)* .....

G10 - Nombre d'enfants nés prématurés *(grossesse actuelle non comprise)* .....

G11 - Nombre d'enfants nés hypotrophes *(grossesse actuelle non comprise)* .....

G12 - Nombre d'enfants nés macrosomes *(grossesse actuelle non comprise)* .....

G13 - Nombre de mort-nés *(grossesse actuelle non comprise)* .....

G14 - Nombre de décès néonatals *(entre 0 et 27 jours) (grossesse actuelle non comprise)* .....

G15 - Hypertension antérieure à la grossesse

- 0 ☐ non
- 1 ☐ HTA chronique
- 2 ☐ HTA ou prééclampsie pendant une grossesse antérieure uniquement

G16 - 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)*

G17 - Autre(s) pathologie(s) chronique(s) sévère(s) et handicap(s) avant la grossesse

0 ☐ **non**
1 ☐ **oui,** *préciser* .....

G18 - Date de début de grossesse *(jj/mm/aa)* ..... J J / M M / A A

PATHOLOGIES INFECTIEUSES PENDANT LA GROSSESSE : DÉPISTAGES

H1 - Sérologie de la syphilis au cours de la grossesse

1 ☐ oui, une fois
2 ☐ oui, plusieurs fois
3 ☐ oui, nombre de fois non précisé
4 ☐ non faite
5 ☐ information non disponible dans le dossier médical

H2 - 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

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) (jj/mm)* ..... J J / M M
- **I1a.1 -** Durée totale d'hospitalisation *(en jours)* ..... ☐☐

I2 - Localisation placentaire au troisième trimestre ou lors de la dernière échographie

1 ☐ normalement inséré
2 ☐ bas inséré antérieur
3 ☐ bas inséré postérieur
4 ☐ bas inséré sans précision
5 ☐ recouvrant

Si réponse 2 à 5,
- **I2a -** Nombre d'hospitalisations pour métrorragies après 22SA ..... ☐

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** *(jj/mm)* ..... J J / M M
- **I3b - Hospitalisation** *(yc l'hospitalisation ayant conduit à l'accouchement)* ..... 0 ☐ non 1 ☐ oui

I4 - Diabète gestationnel

0 ☐ non
1 ☐ oui, traité par insuline
2 ☐ oui, traité par antidiabétiques oraux
3 ☐ oui, traité uniquement par régime (sans insuline)
4 ☐ oui, mais traitement inconnu

I5 - Anémie en cours de grossesse (hémoglobine < 11g/dl) ..... 0 ☐ non 1 ☐ oui

I6 - Injection intraveineuse de fer ..... 0 ☐ non 1 ☐ oui

I7 - Infection à Coronavirus pendant la grossesse ou à l'accouchement ..... 0 ☐ non 1 ☐ oui

Si oui, **I7a - Date au diagnostic** *(jj/mm)* ..... J J / M M

I8 - Mutilation sexuelle féminine ..... 0 ☐ non 1 ☐ oui

Si oui, **I8a - Si oui, quel est le type ?**

1 ☐ clitoridectomie
2 ☐ excision
3 ☐ infibulation
4 ☐ sans précision

I9 - Mention en clair dans le dossier d'une suspicion d'une anomalie de poids fœtal pendant la grossesse

0 ☐ non
1 ☐ oui, RCIU, hypotrophie, petit poids pour l'âge gestationnel, etc.
2 ☐ oui, macrosomie, gros bébé, etc.

I10 - Echographie du 2ème trimestre *(la plus proche de 22 SA)*

I10a - Age gestationnel *(en SA + jours)* ..... SA ☐☐ + J ☐

I10b - Poids fœtal estimé *(en g)* ..... ☐☐☐☐

I11 - Echographie du 3ème trimestre *(la plus proche de 32 SA)*

I11a - Age gestationnel *(en SA + jours)* ..... SA ☐☐ + J ☐

I11b - Poids fœtal estimé *(en g)* ..... ☐☐☐☐

I11c - Périmètre crânien estimé *(en mm)* ..... ☐☐☐

I11d - Périmètre abdominal estimé *(en mm)* ..... ☐☐☐

I11e - Longueur du fémur estimé *(en mm)* ..... ☐☐

I12 - Autre(s) pathologie(s) sévère(s) et complication(s) <u>en cours de grossesse</u> *(non connue(s) avant la grossesse)*

0 ☐ non
1 ☐ oui, *préciser* .....

I13 - Administration anténatale de corticoïdes pour maturation pulmonaire fœtale ..... 0 ☐ non 1 ☐ oui

Si oui, **I13a - Date de la première cure** *(jj/mm)* ..... J J / M M

I14 - Transfert in utero d'une autre maternité pour hospitalisation ou accouchement

0 ☐ non
1 ☐ oui, pour raison maternelle
2 ☐ oui, pour raison fœtale
3 ☐ oui, pour raisons maternelle et fœtale

ACCOUCHEMENT

J1 - Date et heure d'admission à la maternité *(jour/mois/heures/minutes)* ..... J J / M M / H H / M N

J2 - Age gestationnel à l'accouchement *(SA, J)* ..... SA ☐☐ + J ☐

J3 - Grossesse
1 ☐ unique
2 ☐ gémellaire
3 ☐ triple ou plus

J4 - Présentation
1 ☐ céphalique
2 ☐ siège
3 ☐ autre

J5 - Mode de début du travail

1 ☐ **travail spontané**
2 ☐ **déclenchement** *(y compris maturation du col seule)*
3 ☐ **césarienne avant début du travail, réalisée de façon programmée**
4 ☐ **césarienne avant début du travail, réalisée en urgence**

Si réponse 2

J5a - Date et heure au début du déclenchement ..... J J / M M / H H / M N

J5b - Méthode utilisée initialement
1 ☐ **rupture artificielle des membranes seule**
2 ☐ **oxytocine**
3 ☐ **rupture des membranes et oxytocine**
4 ☐ **maturation cervicale**

Si réponse 4

J5b1 - Technique utilisée en première intention
1 ☐ propess®
2 ☐ gel de prostaglandine
3 ☐ misoprostol
4 ☐ ballonnet
5 ☐ autre (laminaires etc), *préciser* .....

J5b2 - Technique utilisée en deuxième intention
0 ☐ pas de deuxième technique
1 ☐ propess®
2 ☐ gel de prostaglandine
3 ☐ misoprostol
4 ☐ ballonnet
5 ☐ autre (laminaires etc), *préciser* .....

Si déclenchement ou césarienne avant travail

J6a - Motif principal de déclenchement ou de césarienne avant travail
1 ☐ **post-terme ou prévention du post-terme**
2 ☐ **rupture prématurée des membranes**
3 ☐ **anomalie de la présentation**
4 ☐ **RCIU, petit poids pour l'âge gestationnel, hypotrophie**
5 ☐ **suspicion de macrosomie**
6 ☐ **autre anomalie de la vitalité fœtale**
7 ☐ **utérus cicatriciel**
8 ☐ **diabète gestationnel ou préexistant**
9 ☐ **placenta prævia**
10 ☐ **pathologie maternelle hypertensive, y compris pré-éclampsie**
11 ☐ **autre pathologie maternelle**
12 ☐ **sans motif médical**
13 ☐ autre, *préciser* .....

J6b - Deuxième motif
0 ☐ **pas de deuxième motif**
1 ☐ **post-terme ou prévention du post-terme**
2 ☐ **rupture prématurée des membranes**
3 ☐ **anomalie de la présentation**
4 ☐ **RCIU, petit poids pour l'âge gestationnel, hypotrophie**
5 ☐ **suspicion de macrosomie**
6 ☐ **autre anomalie de la vitalité fœtale**
7 ☐ **utérus cicatriciel**
8 ☐ **diabète gestationnel ou préexistant**
9 ☐ **placenta prævia**
10 ☐ **pathologie maternelle hypertensive, y compris pré-éclampsie**
11 ☐ **autre pathologie maternelle**
12 ☐ **sans motif médical**
13 ☐ autre, *préciser* .....

J7 - 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

J8 - Date et heure 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 J21*

J9 - Date et heure d'entrée en salle de naissance pour l'accouchement ..... J J / M M / H H / M N

J10 - Dilatation cervicale à l'entrée en salle de naissance pour l'accouchement
(en cm, noter 00 si col fermé, 10 si dilatation complète) .....

J11 - Ocytociques pendant le travail ..... 0 ☐ non 1 ☐ oui

Si oui,
- **J11a - Date et heure au début du traitement** ..... J J / M M / H H / M N
- **J11b - Dilatation cervicale à la mise en place de l'ocytocine pendant le travail** *(en cm)* .....

J12 - Analgésie pendant le travail
(Si PCEA ou PIEB sans autre indication dans le dossier, cocher péridurale)

0 ☐ aucune
1 ☐ péridurale
2 ☐ rachianalgésie
3 ☐ péri-rachi combinée (ou rachi-péri séquentielle)
4 ☐ analgésie parentérale
5 ☐ autre, *préciser* .....

Si réponse 1 à 3
- **J12a - Date et heure lors de la pose** ..... J J / M M / H H / M N
- **J12b - Dilatation à la pose de la péridurale** *(en cm)* .....

J13 - Date et heure de la dilatation à 5 cm *(début de la phase active)* ..... J J / M M / H H / M N

J13a - S'agit-il ?
1 ☐ de l'heure exacte de l'examen qui constate une dilatation de 5 cm sur le partogramme
2 ☐ d'une estimation de l'heure à 5 cm à partir de la courbe du partogramme

J14 - Date et heure lors de la dilatation cervicale à 10 cm *(dilatation complète)*
(noter 99 99 99 99 si césarienne durant travail avant 10 cm) ..... J J / M M / H H / M N

J15 - Accouchement
1 ☐ voie basse non instrumentale
2 ☐ forceps
3 ☐ spatules
4 ☐ ventouse
5 ☐ césarienne

Si réponse 1 à 4 **J16 - Durée totale des efforts expulsifs** *(minutes)* .....

J17 - Episiotomie ..... 0 ☐ non 1 ☐ oui

J18 - Déchirure
1 ☐ non
2 ☐ déchirure du 1er degré ou déchirure périnéale simple (2ème degré)
3 ☐ périnée complet, ou complet-compliqué (3ème ou 4ème degré)

Si césarienne pendant travail

J19 - Dilatation cervicale lors du passage au bloc opératoire
(en cm, noter 00 si col fermé, 10 si dilatation complète) .....

Si césarienne pendant travail ou voie basse instrumentale

J20a - Motif principal de césarienne pendant travail ou de voie basse instrumentale

1 ☐ stagnation de la dilatation et/ou non-engagement de la présentation (yc dystocie) ou non progression de la présentation
2 ☐ anomalie du RCF ou du pH / lactates au scalp
3 ☐ autre indication fœtale, *préciser* .....
4 ☐ indication maternelle, *préciser* .....
5 ☐ autre, *préciser* .....

J20b - Deuxième motif

0 ☐ pas de deuxième motif
1 ☐ stagnation de la dilatation et/ou non-engagement de la présentation (yc dystocie) ou non progression de la présentation
2 ☐ anomalie du RCF ou du pH / lactates au scalp
3 ☐ autre indication fœtale, *préciser* .....
4 ☐ indication maternelle, *préciser* .....
5 ☐ autre, *préciser* .....

Pour toutes les césariennes ou extractions instrumentales

J21 - Si césarienne (programmée ou en urgence) ou extraction instrumentale, mode d'anesthésie *(deux réponses possibles)*

1 ☐ péridurale
2 ☐ rachianesthésie
3 ☐ péri-rachi combinée (ou rachi-péri séquentielle)
4 ☐ anesthésie générale
5 ☐ autre, *préciser* .....

POUR TOUTES LES FEMMES

J22 - Date et heure de naissance de l'enfant ..... J J / M M H H / M N

J23 - Injection préventive d'ocytociques *(yc pour les femmes ayant eu une césarienne)*

0 ☐ non
1 ☐ bolus ou IV lente au moment du dégagement des épaules ou rapidement après la naissance
2 ☐ perfusion dans les heures suivant la naissance
3 ☐ les deux

J24 - Pertes sanguines estimées à l'accouchement (en ml) *(dans les 2h suivant l'accouchement, en salle de naissance ou en SSPI)* ..... ☐☐☐☐

J25 - 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

Si oui, **J25a -** Noter en clair l'étiologie .....

J26 - Antibiothérapie de la mère pendant le travail *(avant l'accouchement)* ..... 0 ☐ non 1 ☐ oui

J27 - 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, **J27a - Motif :** .....

Si 1 ou 2, **J27b - Durée :**
1 ☐ moins de 24 heures
2 ☐ 24 heures ou plus

ENFANT

K1 - Etat à la naissance

1 ☐ né vivant
2 ☐ mort-né avant travail
3 ☐ mort-né pendant le travail
4 ☐ IMG

K2 - Résultat du pH artériel au cordon ..... ☐ , ☐☐

K3 - Prélèvement de liquide gastrique en salle de naissance ..... 0 ☐ non 1 ☐ oui

K4 - Apgar à 1 minute ..... ☐☐

K5 - Apgar à 5 minutes ..... ☐☐

K6 - Gestes techniques en raison de l'état à la naissance

K6a - Ventilation au masque 0 ☐ non 1 ☐ au ballon 2 ☐ Néopuff 3 ☐ moyen non précisé

K6b - PPC nasale (CPAP) ..... 0 ☐ non 1 ☐ oui

K6c - Intubation ..... 0 ☐ non 1 ☐ oui

K7 - Sexe 1 ☐ masculin 2 ☐ féminin

K8 - Poids *(grammes)* ..... ☐☐☐☐

K9 - Taille *(cm)* ..... ☐☐ , ☐

K10 - Périmètre crânien *(cm)* ..... ☐☐ , ☐

K11 - Anomalie congénitale

0 ☐ non
1 ☐ oui, *préciser de manière détaillée* .....

Si oui, **K11a - Anomalie diagnostiquée en anténatal** ..... 0 ☐ non 1 ☐ oui

K12 - Décès en maternité *(si naissance vivante)* ..... 0 ☐ non 1 ☐ oui

K13 - Transfert de l'enfant, mutation, ou hospitalisation particulière

0 ☐ non
1 ☐ en réanimation
2 ☐ en soins intensifs
3 ☐ en néonatalogie
4 ☐ en unité de néonatalogie dans la maternité *(y compris unité kangourou)*
5 ☐ autre, *préciser* .....

Si réponse 1 à 5

K13a - Transfert ou mutation

1 ☐ dans le même établissement *(même site)*
2 ☐ dans un autre établissement

K13b - Motif du transfert ou de l'hospitalisation particulière dans la maternité *(2 choix possibles)*

1 ☐ prématurité ou hypotrophie (petit poids pour l'âge gestationnel)
2 ☐ détresse respiratoire
3 ☐ suspicion d'infection
4 ☐ anomalie congénitale
5 ☐ autre, *préciser* .....

Si nouveau-né de mère antigène HBs positive,

K14 - Sérovaccination à la naissance

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 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

QUESTIONNAIRE MINIMAL

P1 et P2 - Numéro de la mère dans l'enquête ☐☐☐☐☐☐☐☐☐ ☐☐☐

P3 - Ordre de la naissance si naissance multiple *coder 0 si naissance unique* ☐

M1 - Région de naissance

1 ☐ Auvergne-Rhône-Alpes
2 ☐ Bourgogne-Franche-Comté
3 ☐ Bretagne
4 ☐ Centre- Val de Loire
5 ☐ Grand Est
6 ☐ Hauts-de-France
7 ☐ Ile-de-France
8 ☐ Normandie
9 ☐ Nouvelle-Aquitaine
10 ☐ Occitanie
11 ☐ Pays de la Loire
12 ☐ Provence-Alpes-Côte d'Azur et Corse
13 ☐ DROMs

M2 - Statut de l'établissement 1 ☐ Public 2 ☐ Privé

M3 - Age de la mère (années)

1 ☐ < 20 2 ☐ 20-24 3 ☐ 25-29 4 ☐ 30-34 5 ☐ 35-39 6 ☐ 40-44 7 ☐ 45 et plus

M4 - Nombre d'accouchements (≥ 22SA) *(accouchement actuel non compris)* ☐☐

M5 - Antécédent de césarienne *(grossesse actuelle non comprise)* 0 ☐ non 1 ☐ oui

M6 - Début du travail

1 ☐ travail spontané
2 ☐ déclenchement du travail (y compris maturation du col seule)
3 ☐ césarienne avant le début du travail

M7 - Age gestationnel à l'accouchement (SA, J) *SA* ☐☐ + J ☐

ENFANT

M8 - Accouchement 1 ☐ voie basse non instrumentale 2 ☐ forceps, spatules, ventouse 3 ☐ césarienne

M9 - Présentation 1 ☐ céphalique 2 ☐ siège 3 ☐ autre

M10 - Etat à la naissance 1 ☐ vivant 2 ☐ mort-né 3 ☐ IMG

M11 - Poids *(grammes)* 1 ☐ < 1500 g 2 ☐ 1500-1999 3 ☐ 2000-2499 4 ☐ 2500-2999 5 ☐ 3000-3499 6 ☐ 3500-3999 7 ☐ 4000 et + 8 ☐ non noté

M12 - Apgar à 5 minutes ☐☐

M13 - Transfert de l'enfant en réanimation, soins intensifs, néonatalogie, unité kangourou 0 ☐ non 1 ☐ oui

M14 - Allaitement maternel (exclusif ou mixte avant la sortie) 0 ☐ non 1 ☐ oui

Exemple d'image d'un carnet de santé maternité

Enquête Nationale Périnatale

Les 15 pages suivantes présentent le questionnaire dans son intégralité

ENP2021 : Suivi à 2 mois

Nous vous remercions chaleureusement d'avoir accepté de participer l'Enquête Nationale Périnatale. Vos réponses sont essentielles pour connaître la santé des mères et des enfants deux mois après l'accouchement, à l'échelle nationale.

Pour remplir ce questionnaire de 15 à 20 minutes, nous vous conseillons de prendre le carnet de santé de votre (vos) enfant(s) et d'être au calme.

Nous vous souhaitons un bon remplissage.

Information préalable : Vu l'avis favorable du Comité de Protection des Personnes (CPP) en date du 7/07/2020. 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**, en application de la loi n° 51-711 du 7 juin 1951 sur l'obligation, la coordination et le secret en matière de statistiques. Visa **n°2021X701SA** du Ministre de l'Économie, des Finances et de la Relance, valable pour l'année **2021** – Arrêté du 23/11/2020. *Vu l'autorisation DR-2020-391 de la Commission Nationale de l'Informatique et des Libertés (CNIL) le* 31/12/2020.

Les réponses à ce questionnaire sont protégées par le secret statistique et destinées à l'Inserm. Le règlement général 2016/679 du 27 avril 2016 sur la protection des données (RGPD) ainsi que la loi n° 78-17 du 6 janvier 1978 relative à l'informatique, aux fichiers et aux libertés s'appliquent à la présente enquête. Les droits des personnes, rappelés dans la lettre-avis, peuvent être exercés auprès de l'équipe EPOPé de l'Inserm.

IDENT - Numéro d'identifiant de la mère dans l'enquête (*remplissage automatique*) |__|__|__|__|__|__|__|__|__|__| |__|__|__| |__|

JJ MM

S1 - Date de remplissage du questionnaire (jj/mm) (*remplissage automatique*) |__|__| |__|__|

MM AA

S2 - Pouvez-vous nous rappeler **votre** mois et votre année de naissance (mm/aa) ? |__|__| |__|__|

S3 -*Il y 2 mois, vous avez donné naissance à*

S3a: (*remplissage automatique, prénom du premier enfant*) ……

S3b : (*remplissage automatique, prénom du deuxième enfant*) ……

S3c : (*remplissage automatique, prénom du troisième enfant*) ……..

En cas d'erreur, merci de corriger

JJ MM AA

S4- A quelle date êtes-vous **personnellement** sortie de la maternité ? (jj/mm/aa) |__|__| |__|__| |__|__|

S5 - Quand votre nouveau-né est-il rentré à votre domicile ?

1 : il est rentré en même temps que vous
2 : il est rentré avant vous
3 : il est rentré après vous
4 : il est toujours hospitalisé
5 : Autre, préciser : ……

JJ MM

S'il est rentré après vous { S6**-** A quelle date est-il rentré à la maison ? (jj/mm) |__|__| |__|__|

Déroulement de la grossesse et de l'accouchement

A1- Comment décririez-vous votre grossesse ?

1 : une période agréable à vivre
2 : une période assez agréable, malgré quelques moments difficiles
3 : une période difficile à vivre
4 : une période très difficile à vivre

Si réponses 2 à 4

Quelles étaient vos principales sources de difficultés ?
A1a - Une sensation de solitude 0 : non ; 1 : oui
A1b - Une sensation de journées longues 0 : non 1 : oui
A1c - Un manque de conseils ou d'accompagnement de la part des professionnels 0 : non ; 1 : oui
A1d - Une sensation de fatigue intense 0 : non ; 1 : oui
A1e - Du stress par rapport à l'enfant à naitre ou à l'accouchement 0 : non ; 1 : oui
A1f - Des nausées, vomissements, douleurs dorsales 0 : non ; 1 : oui
A1g- Autres, préciser : ……

A2 - Etes-vous satisfaite de la prise en charge médicale et du suivi de votre grossesse ?

1 : très satisfaite ; 2 : plutôt satisfaite ; 3 : plutôt insatisfaite ; 4 : très insatisfaite

A3 - Pendant votre grossesse ou votre accouchement, les professionnels de santé ont-ils parfois eu des paroles qui vous ont mise mal à l'aise, qui vous ont choquée ou qui vous ont blessée ?

0 : jamais ; 1 : très rarement ; 2 : parfois ; 3 : souvent

A4 - Pendant votre grossesse ou votre accouchement, des professionnels de santé ont-ils parfois eu des gestes qui vous ont mise mal à l'aise, qui vous ont choquée ou qui vous ont blessée ?

0 : jamais ; 1 : très rarement ; 2 : parfois ; 3 : souvent

A5 - Pendant votre grossesse ou votre accouchement, des professionnels de santé ont-ils parfois eu une attitude ou un comportement qui vous ont mise mal à l'aise, qui vous ont choquée ou qui vous ont blessée ?
0 : jamais ; 1 : très rarement ; 2 : parfois ; 3 : souvent

Si oui à l'une de ces questions (A3 ou A4 ou A5),

A6 - A quel moment cela est-il arrivé ?

A6a - Pendant les consultations de suivi de grossesse 0 non ; 1 : oui
A6b - Pendant les échographies 0 : non ; 1 : oui
A6c - Pendant les consultations aux urgences 0 : non ; 1 : oui
A6d - Pendant la pose de l'anesthésie 0 : non ; 1 : oui
A6e - Pendant l'accouchement 0 : non ; 1 : oui
A6f - Pendant votre séjour à la maternité 0 : non ; 1 : oui
A6g – Autre, préciser ……

A7- Durant la grossesse, la sage-femme ou le médecin vous-a-t-il demandé votre accord avant de réaliser les touchers vaginaux (examen du col pour savoir s'il est ouvert ou fermé) ?
0 : jamais ; 1 oui, parfois ; 2 : oui, systématiquement ; 3 : pas de toucher vaginal 4 : je ne sais plus

A8 - Pendant le travail en salle de naissance, avez-vous eu de l'ocytocine artificielle par perfusion (produit pour augmenter l'intensité ou la fréquence des contractions, commercialisé sous le nom de Syntocinon®) ?
0 : non ; 1 : oui ; 2 : je ne sais pas

Si oui
A8a - La sage-femme ou le médecin vous-a-t-il demandé votre accord pour débuter le produit ?
0 : non, 1 : oui ; 2 : je ne sais plus

A9 - Avez-vous eu une épisiotomie (coupure aux ciseaux au niveau du périnée) ? 0 : non ; 1 : oui ; 2 : je ne sais pas

Si oui
A9a - La sage-femme ou le médecin vous-a-t-il demandé votre accord pour la réaliser ?
0 : non, 1 : oui ; 2 : je ne sais plus

A10 - Avez eu une césarienne non programmée ou en urgence ? 0 : non, 1 : oui ; 2 : je ne sais plus

Si oui
A10a - l'équipe médicale vous-a-t-elle demandée votre accord pour la réaliser ?
0 : non ; 1 : oui ; 2 : je ne sais plus

A11 - Etes-vous satisfaite de la façon dont vous avez été prise en charge par les professionnels de salle de naissance ?

1 : très satisfaite ; 2 : plutôt satisfaite ; 3 : plutôt insatisfaite ; 4 : très insatisfaite

A12 - Comment-vous êtes-vous sentie accompagnée par les professionnels de santé en salle de naissance ou au bloc opératoire ?
1 : ils étaient très présents à mes côtés tout au long du travail
2 : ils étaient présents à mes côtés au moment des examens médicaux ou quand je les sollicitais
3 : ils étaient peu présents
4 : ils n'étaient pas disponibles

Les questions qui suivent concernent ce qui s'est passé avec les professionnels de santé rencontrés <u>pendant votre séjour à la maternité (accouchement et suites de couches)</u> (par exemple médecins, sages-femmes, infirmières, kinésithérapeutes, diététiciens ou tous les autres professionnels qui travaillent dans le domaine de la santé). Pouvez-vous dire à quel point il vous était facile ou difficile de faire ce qui est indiqué dans chacune des cinq affirmations suivantes.

Les réponses possibles sont :
1 : impossible ou toujours difficile
2 : généralement difficile
3 : parfois difficile
4 : généralement facile
5 : toujours facile

A13 - Avoir de bonnes discussions sur votre santé avec les sages-femmes ou les médecins

1 : impossible ou toujours difficile
2 : généralement difficile
3 : parfois difficile
4 : généralement facile
5 : toujours facile

A14 - Discuter avec les professionnels de santé jusqu'à comprendre tout ce que vous aviez besoin de comprendre

1 : impossible ou toujours difficile
2 : généralement difficile
3 : parfois difficile
4 : généralement facile
5 : toujours facile

A15 - Poser des questions aux professionnels de santé pour obtenir les informations dont vous aviez besoin

1 : impossible ou toujours difficile
2 : généralement difficile
3 : parfois difficile
4 : généralement facile
5 : toujours facile

A16 - Vous assurer que les professionnels de santé comprenaient bien votre situation

1 : impossible ou toujours difficile
2 : généralement difficile
3 : parfois difficile
4 : généralement facile
5 : toujours facile

A17 - Vous sentir capable de discuter de vos problèmes de santé avec un professionnel de santé

1 : impossible ou toujours difficile
2 : généralement difficile
3 : parfois difficile
4 : généralement facile
5 : toujours facile

A18 - Quel souvenir gardez-vous de votre accouchement ?

1 : très bon ; 2 : plutôt bon ; 3 : plutôt mauvais ; 4 : très mauvais

A19 - Recommanderiez-vous à une proche (sœur, amie…) d'accoucher dans la même maternité que la vôtre ?

0 : non, 1 : oui ; 2 : ne se prononce pas

Maternité et retour à domicile

B1 - A la maternité, en dehors des soins spécifiques (bains, surveillance particulière, prélèvements sanguins, test de l'audition…), avez-vous confié votre nouveau-né au personnel de la nurserie au moins une fois le jour ou la nuit ?

0 : non ; 1 : oui

B2 - Comment-vous êtes-vous sentie accompagnée par les professionnels durant le séjour en maternité ?

1 : ils étaient très présents à mes côtés tout au long du séjour en maternité
2 : ils étaient présents à mes côtés au moment des examens médicaux ou quand je les sollicitais
3 : ils étaient peu présents
4 : ils n'étaient pas disponibles

B3 - Etes-vous satisfaite de la ou des méthodes que vous avez eu pour soulager les douleurs durant le séjour en maternité après votre accouchement ?
1 : très satisfaite
2 : plutôt satisfaite
3 : peu satisfaite
4 : pas du tout satisfaite
5 : pas de douleur

B4 - Avec le recul, que pensez-vous de votre durée de séjour à la maternité ?

1 : trop courte, 2 : adaptée, 3 : trop longue

B5 - Une sage-femme vous a-t-elle rendu visite depuis votre retour de la maternité ? 0 : non ; 1 : oui

Si oui

B5a - Combien de fois est-elle venue ?

B5b - La visite à domicile était-elle organisée dans le cadre

1 : du dispositif Programme d'Accompagnement du retour à Domicile (PRADO)
2 : d'une hospitalisation à domicile (HAD)
3 : de la Protection Maternelle et Infantile (PMI)
4 : d'un autre dispositif, préciser ……..
5 : d'aucun dispositif
6 : je ne sais pas

B6 - Une puéricultrice vous a-t-elle rendu visite pour votre bébé depuis votre retour de la maternité ? 0 : non ; 1 : oui
(Ne pas poser la question, si S5=4 ou 5)

Si oui

B6a - Combien de fois est-elle venue ? |__|

B6b - La visite à domicile était-elle organisée dans le cadre

1 : d'une hospitalisation à domicile (HAD)
2 : de la Protection Maternelle et Infantile (PMI)
3 : d'un autre dispositif, préciser ……..
4 : d'aucun dispositif
5 : je ne sais pas

B7- Avez-vous repris votre activité professionnelle ?

1 : non, je n'ai pas encore repris le travail (congé maternité, maladie, parental d'éducation, congé annuel…)
2 : non, mais je n'avais pas d'activité professionnelle pendant la grossesse
3 : oui, j'ai repris une activité professionnelle

Si oui

B7a - Vous avez repris depuis le (jj/mm) *JJ* |__|__| *MM* |__|__|

Partenaire

C1 - Actuellement avez-vous un(e) partenaire ? 0 : non ; 1 : oui

➡ **Si non, passer à la question D1**

C2 - Quel est l'âge de votre partenaire ? (en années) |__|__|

C3 - Quelle est la nationalité de votre partenaire ? 1 : française
2 : étrangère
3 : française et étrangère

Si 2 ou 3, **C3a -** Inscrire en clair : ……..……..

C4 - Quel est le pays de naissance de votre partenaire ?

1 : France (métropole et DROM)
2 : autre pays, préciser : ……

C5 - Quelle est la profession actuelle de votre partenaire ou la dernière exercée ?
En étant le plus précis possible, par exemple : ouvrier agricole, secrétaire de catégorie B, technicien informatique, ingénieur informatique (*noter sans profession si votre partenaire n'a jamais travaillé*) :
……

C6 - Actuellement ou au cours de son dernier emploi, votre partenaire était :
1 : à son compte (y compris gérant de société ou chef d'entreprise salarié)
2 : salarié ou stagiaire rémunéré de la fonction publique (d'Etat, territoriale, hospitalière)
3 : salarié ou stagiaire rémunéré d'un autre employeur (entreprise, association)
4 : non rémunéré, mais il aidait une personne dans son travail

C7 – Actuellement, votre partenaire a-t-il ou a-t-elle un emploi ? 0 : non ; 1 : oui

Si non
C7a - Quelle est sa situation ?

1 : au chômage, demandeur d'emploi ou à la recherche d'un emploi
2 : étudiant ou élève (y compris stage de formation)
3 : dans une autre situation, préciser ……

C8 - Est-ce que votre partenaire a pris un congé (parental, paternité, congé annuel) à l'issue de votre grossesse ?

0 : non, n'en prendra pas ; 1 : non, mais c'est prévu ; 2 : oui

Si 1 ou 2, **C8a -** Pendant combien de jours ? …… |__|__|__|

Votre santé en général depuis l'accouchement

D1 - Comment décririez-vous la période entre votre accouchement et aujourd'hui ?

1 : une période agréable à vivre
2 : une période assez agréable, malgré quelques moments difficiles
3 : une période difficile à vivre
4 : une période très difficile à vivre

Si 2,3 ou 4 ,
Quelles ont été les principales sources de difficultés ?

D1a - Les journées vous semblaient longues 0 : non ; 1 : oui
D1b - Vous vous sentiez seule 0 : non ; 1 : oui
D1c - Vous manquiez de conseils pour vous occuper de votre bébé 0 : non ; 1 : oui
D1d - Vous aviez quelques difficultés à vous occuper de votre bébé 0 : non ; 1 : oui
D1e - Vous étiez fatiguée 0 : non ; 1 : oui
D1f - L'allaitement était parfois compliqué 0 : non ; 1 : oui
D1g - L'état de santé de votre enfant vous préoccupait 0 : non ; 1 : oui
D1h - Votre état de santé vous préoccupait 0 : non ; 1 : oui
D1i - Autre, préciser ……

D2 - A ce jour, avez-vous encore des douleurs liées à votre accouchement ? 0 : non ; 1 : oui

Si oui
Où sont-elles situées ?

D2a - Au niveau de la cicatrice d'épisiotomie ou de la déchirure périnéale 0 : non ; 1 : oui
D2b - Au niveau de la cicatrice de césarienne 0 : non ; 1 : oui
D2c - Au niveau du dos 0 : non ; 1 : oui
D2d - Autre, préciser : ……

D3 - Quelle méthode contraceptive utilisez-vous aujourd'hui ?
(*cocher la méthode que vous utilisez, ou les méthodes si vous en utilisez plusieurs*)

0 : aucune méthode
1 : la pilule
2 : le stérilet
3 : un implant
4 : un patch
5 : un anneau vaginal
6 : le préservatif (masculin ou féminin)
7 : le retrait
8 : l'abstinence périodique (température, date ou Ogino, Billings …)
9 : une autre méthode, laquelle ? …….……

D4 - Avez-vous repris les rapports sexuels depuis votre accouchement ?

0 : non ; 1 : oui ; 2 : je ne souhaite pas répondre

D5 - Actuellement, combien de personnes sont suffisamment proches de vous pour que vous puissiez compter sur elles en cas de problèmes personnels graves ?

0 : aucune
1 : 1 à 2
2 : 3 à 5
3 : 6 ou plus

Préambule : *l'ensemble des **10 questions** qui suivent cherche à connaître votre ressenti dans **la semaine qui vient de s'écouler***

D6 - Au cours de la semaine qui vient de s'écouler-vous avez pu rire et prendre les choses du bon côté

0 : Aussi souvent que d'habitude
1 : Pas tout à fait autant
2 : Vraiment beaucoup moins ces jours-ci
3 : Absolument pas

D7 - (Au cours de la semaine qui vient de s'écouler), vous vous êtes sentie confiante et joyeuse en pensant à l'avenir

0 : Aussi souvent que d'habitude
1 : Pas tout à fait autant
2 : Vraiment beaucoup moins ces jours-ci
3 : Absolument pas

D8 - (Au cours de la semaine qui vient de s'écouler), vous vous êtes reprochée, sans raisons, d'être responsable quand les choses allaient mal

3 : Oui, la plupart du temps
2 : Oui, parfois
1 : Pas très souvent
0 : Non, jamais

D9 - (Au cours de la semaine qui vient de s'écouler), vous vous êtes sentie inquiète ou soucieuse sans motif

0 : Non, pas du tout
1 : Presque jamais
2 : Oui, parfois
3 : Oui, très souvent

D10 - (Au cours de la semaine qui vient de s'écouler), vous vous êtes sentie effrayée ou paniquée sans vraiment de raisons

3 : Oui, vraiment souvent
2 : Oui, parfois
1 : Non, pas très souvent
0 : Non, pas du tout

D11 - (Au cours de la semaine qui vient de s'écouler), vous avez eu tendance à vous sentir dépassée par les évènements

3 : Oui, la plupart du temps, vous vous êtes sentie incapable de faire face aux situations
2 : Oui, parfois, vous ne vous êtes pas sentie aussi capable de faire face que d'habitude
1 : Non, vous avez pu faire face à la plupart des situations
0 : Non, vous vous êtes sentie aussi efficace que d'habitude

D12 - (Au cours de la semaine qui vient de s'écouler), vous vous êtes sentie si malheureuse que vous avez eu des problèmes de sommeil

3 : Oui, la plupart du temps
2 : Oui, parfois
1 : Pas très souvent
0 : Non, jamais

D13 - (Au cours de la semaine qui vient de s'écouler), vous vous êtes sentie triste ou peu heureuse

3 : Oui, la plupart du temps
2 : Oui, parfois
1 : Pas très souvent
0 : Non, jamais

D14 - (Au cours de la semaine qui vient de s'écouler), vous vous êtes sentie si malheureuse que vous en avez pleuré

3 : Oui, la plupart du temps
2 : Oui, parfois
1 : Seulement de temps en temps
0 : Non, jamais

D15 - (Au cours de la semaine qui vient de s'écouler), vous est-il arrivé de penser à vous faire du mal

3 : Oui, très souvent
2 : Parfois
1 : Presque jamais
0 : Jamais

Votre enfant

(filtre si S5=4 ou 5 ou non rempli, ➡ aller en F1)

E1 - Selon vous, votre enfant est-il (elle) actuellement

1 : en bonne santé
2 : plutôt en bonne santé
3 : plutôt en mauvaise santé
4 : en mauvaise santé

E2 - Avez-vous été informée sur le rôle et les moyens de contacter la PMI (Protection Maternelle et Infantile) de votre secteur ?

0 : oui ; 1 : non

Si oui

A quel moment avez-vous reçu cette information ? *(plusieurs réponses possibles)*

E2a - pendant la grossesse 0 : non ; 1 : oui
E2b - à la maternité 0 : non ; 1 : oui
E2c - après votre retour à la maison 0 : non ; 1 : oui
E2d - lors d'une grossesse précédente ou d'un accouchement précédent 0 : non ; 1 : oui
E2e - autre, précisez ……

E3 - Durant la grossesse et depuis votre accouchement, avez-vous reçu des conseils pour calmer ou soulager les pleurs répétitifs ou prolongés de votre bébé ? 0 : non ; 1 : oui

Si oui — Par qui ?

E3a - les professionnels de la maternité 0 : non ; 1 : oui
E3b - les proches 0 : non ; 1 : oui
E3c - le médecin généraliste, le pédiatre, la sage-femme libérale 0 : non ; 1 : oui
E3d - la Protection Maternelle et Infantile (PMI) 0 : non ; 1 : oui
E3e - autres, préciser : ……

E4 - Les professionnels de santé vous ont-ils conseillé de toujours coucher votre bébé sur le dos quand il dort ?
(plusieurs réponses possibles)

0 : non, jamais
1 : oui, pendant la grossesse
2 : oui, après l'accouchement à la maternité
3 : oui, après la sortie de la maternité
4 : vous ne savez pas

(Si grossesse multiple, les questions E5 à E22 sont à répéter pour chaque enfant)

Aidez-vous du carnet de santé de votre enfant (p20-21, 98-99 et 100-101) pour les questions qui suivent

E5 - Quel médecin a réalisé l'examen de la deuxième semaine de votre enfant, noté p11 du carnet de santé ?

0 : pas d'examen par un médecin
1 : un pédiatre
2 : un médecin généraliste
3 : un médecin de PMI
4 : Autre, préciser : ……

E5a - A quelle date cette consultation a-t-elle été réalisée (jj/mm) ? JJ MM |__|__| |__|__|

E6 - Quelle est la dernière date à laquelle votre enfant a été mesuré et pesé (jj/mm) ? JJ MM |__|__| |__|__|

E7 - A cette dernière mesure, quelle était sa taille ? (en centimètres) |__|__|, |__|

E8 - A cette dernière mesure, quel était son poids ? (en grammes) |__|__|__|__|

E9 - A cette dernière mesure, quel était son périmètre crânien ? (en centimètres) |__|__|, |__|

E10 - Votre enfant a-t-il été vacciné contre la tuberculose (vaccin BCG) ? 0 : non ; 1 : oui

Si oui — **E10a-** A quelle date a t-il été vacciné (jj/mm) ? JJ MM |__|__| |__|__|

E11 - Votre enfant a-t-il été vacciné contre le rotavirus (Rotatex® ou Rotaris®) ? 0 : non ; 1 : oui

Si oui, **E11a -** A quelle date a-t-il été vacciné (jj/mm)? JJ MM |__|__| |__|__|

E12 - Pour votre enfant, avez-vous consulté aux urgences (rendez-vous non programmé à l'hôpital) depuis sa naissance ?

0 : non ; 1 : oui

Si oui

E12a - Combien de fois avez-vous consulté ? |__|__|

E12b - Quel âge avait votre enfant lors de la **première** consultation aux urgences ?

1 : Moins de 8 jours de vie
2 : Entre 9 et 30 jours de vie
3 : Plus d'un mois de vie

E13 - Votre enfant a-t-il été hospitalisé depuis son retour de la maternité ? 0 : non ; 1 : oui

Si oui,

E13a - Combien de fois a-t-il été hospitalisé ? |__|__|

E13b - Pour quelle(s) raison(s) a t-il été hospitalisé *? (plusieurs réponses possibles)*

1 : fièvre
2 : infection urinaire
3 : stagnation ou perte de poids
4 : pleurs
5 : malaise
6 : nausées, vomissements ou diarrhées
7 : gêne respiratoire
8 : autre, préciser : ……

E14 - Quel professionnel de santé suit principalement votre enfant ?

1 : un pédiatre en ville
2 : un généraliste en ville
3 : un professionnel de la PMI
4 : autre, à préciser ……..

E15 - Avez-vous allaité votre enfant, même quelques jours ? 0 : non ; 1 : oui

➡ **Si non, passer à la question E19**

Si vous allaitez ou avez allaité

E16 - Avez-vous déjà donné du lait premier âge du commerce à votre enfant ?

0 : non ; 1 : oui, régulièrement ; 2 : oui, occasionnellement

E16a - Si oui, quel âge avait votre enfant la première fois qu'il a bu du lait du commerce ? …. semaines et …. jours
(Si vous connaissez le nombre de semaines mais pas le nombre de jours exact, noter le nombre de semaines et 0 jours. Si vous connaissez le nombre de jours exact, noter 0 semaine et le nombre de jours)

E17 - Après la sortie de la maternité, avez-vous bénéficié d'un soutien par un professionnel de santé pour des problèmes d'allaitement ?

1 : non, mais j'en aurais eu besoin
2 : non, je n'en ai pas ressenti le besoin
3 : je n'allaitais plus après la sortie de la maternité
4 : oui

A quel moment avez-vous bénéficié de ce soutien ?

Si oui

E17a - lors de visites à domicile 0 : non ; 1 : oui
E17b - lors de consultations 0 : non ; 1 : oui
E17c - par téléphone 0 : non ; 1 : oui

E18 - Actuellement, quelle est l'alimentation de votre enfant ?

1 : lait premier âge du commerce seulement
2 : lait maternel seulement
3 : les 2 (mixte)

E18a - Si votre enfant boit uniquement du lait du commerce (E18=1), quel âge avait-il lorsque vous avez complètement arrêté de l'allaiter ? …. semaines et …. jours
(Si vous connaissez le nombre de semaines mais pas le nombre de jours exact, noter le nombre de semaines et 0 jours. Si vous connaissez le nombre de jours exact, noter 0 semaine et le nombre de jours)

E18b - Si votre enfant a une alimentation mixte (E18=3), combien de jours par semaine avez-vous eu utilisé du lait du commerce la semaine dernière ? …….. jours

E19 - Ces dernières nuits, où votre enfant a-t-il dormi le plus souvent ?
1 : seul dans une pièce
2 : dans son lit ou dans son couffin dans la pièce où vous dormez
3 : avec vous, dans votre lit
4 : dans son lit ou dans son couffin dans une pièce avec d'autres personnes (sœurs, frères par exemple)
5 : dans le même lit qu'une ou plusieurs autres personnes (sœurs, frères, ...)
6 : autre, préciser : …….

E20 - Pour dormir, comment couchez-vous votre nourrisson ? **(Ne pas autoriser plus que 1 fois toujours)**
E20a - Sur le dos : 0 : jamais ; 1 : rarement ; 2 : parfois ; 3 : souvent ; 4 : toujours
E20b - Sur le ventre : 0 : jamais ; 1 : rarement ; 2 : parfois ; 3 : souvent ; 4 : toujours
E20c - Sur le côté : 0 : jamais ; 1 : rarement ; 2 : parfois ; 3 : souvent ; 4 : toujours

E21- Au cours de la semaine écoulée, entre 23 heures et 6 heures du matin, combien de fois votre enfant s'est-il réveillé en moyenne ? |__|__|

E22 - Quel est le mode de garde prévu pour votre enfant (ou actuel si vous avez repris le travail) ?
(*2 réponses possibles*)

1 : mode d'accueil individuel (assistante maternelle)
2 : mode d'accueil collectif (crèche, halte-jeux …)
3 : vous-même ou votre partenaire
4 : famille et proches
5 : vous ne savez pas
6 : autre, préciser : …….

Vos habitudes de vie

F1 - Quelle(s) langue(s) parliez-vous à la maison lorsque vous étiez enfant ?
1 : français ; 2 : français et autre(s) langue(s) ; 3 : autre(s) langue(s)

Si réponse 2 ou 3 { **F1a -** Inscrire en clair la ou les langues parlées : …….

F2 - Avez-vous été vaccinée (y compris un rappel) contre la coqueluche au cours des 10 dernières années ?

0 : non
1 : oui, votre vaccination était à jour avant la grossesse
2 : oui, vous avez été vaccinée pendant la grossesse
3 : oui, vous venez d'être vaccinée après votre accouchement
4 : vous ne savez pas

F3 - Avez-vous un handicap ? 0 : non ; 1 : oui

F3a - Lequel (à préciser en clair) ……

F3b - Considérez-vous que la prise en charge médicale de votre grossesse était adaptée à votre handicap :

Si oui
F3b1 - lors de l'inscription à la maternité 0 : non, 1 : oui
F3b2 - pendant le suivi de la grossesse 0 : non, 1 : oui
F3b3 - pendant l'accouchement 0 : non, 1 : oui
F3b4 - pendant votre séjour à la maternité 0 : non, 1 : oui
F3b5 - depuis votre retour à la maison 0 : non, 1 : oui

F4 - A partir de votre adolescence, avez-vous eu

F4a - un suivi avec un psychologue pendant au moins 3 mois ? 0 : non ; 1 : oui

F4b - un suivi avec un psychiatre pendant au moins 3 mois ? 0 : non ; 1 : oui
F4c - une hospitalisation pour un motif psychologique ou psychiatrique ? 0 : non ; 1 : oui

F5 - Quel était votre poids avant la grossesse (en kgs) ? |__|__|__|

F6 - Quel est votre poids actuel (en kgs) ? |__|__|__|

F7- Environ un an avant le début de votre grossesse, étiez-vous fumeuse (cigarettes « classiques », cigarettes de tabac à rouler ou de cigarette électronique) ? 0 : non ; 1 : oui

➔ **Si non, passer à la question F13**

F8 - Environ un an avant le début de votre grossesse, fumiez-vous des cigarettes électroniques ?
0 : non
1 : oui, majoritairement sans nicotine
2 : oui, majoritairement avec nicotine
3 : les deux (avec et sans nicotine)
4 : oui, mais je ne sais pas leur composition

F9 - Au 3ème trimestre de la grossesse, fumiez-vous des cigarettes électroniques ?
0 : non
1 : oui, majoritairement sans nicotine,
2 : oui, majoritairement avec nicotine
3 : les deux (avec et sans nicotine)
4 : oui, mais je ne sais pas leur composition

Si oui
F9a - A quelle fréquence ?
1 : moins d'une fois par semaine
2 : une fois ou plus par semaine
3 : tous les jours

F10 - Avez-vous arrêté ou essayé d'arrêter ou diminué de fumer des cigarettes classiques (cigarettes classiques ou tabac à rouler, sans compter les cigarettes électroniques) au cours de votre grossesse ? 0 : non ; 1 : oui

Si oui
F11 - Quelles étaient vos motivations (*plusieurs réponses possibles*) ?
F11a - votre santé 0 : non ; 1 : oui
F11b - votre grossesse et/ou la santé de votre bébé 0 : non ; 1 : oui
F11c - les conseils de votre entourage 0 : non ; 1 : oui
F11d - le prix du tabac 0 : non ; 1: oui
F11e - autre, préciser ……

F12 - Par quel(s) moyen(s) avez-vous réussi à arrêter ou diminuer votre consommation de tabac ?
(*plusieurs réponses possibles)*
F12a - Une consultation de tabacologie 0 : non ; 1 : oui
F12b - La consultation d'un médecin ou d'un autre professionnel de santé 0 : non ; 1 : oui
F12c - Tabac info service (TIS) (3989, site internet ou l'application pour téléphone mobile) 0 : non ; 1 : oui
F12d - Des substituts nicotiniques (patchs, gommes à mâcher, comprimés, inhaleur, spray) 0 : non ; 1 : oui
F12e - Une thérapie comportementale ou cognitive (consultations de conseil individuelles, consultations par téléphone, méthodes d'auto-soutien) 0 : non ; 1: oui
F12f - La cigarette électronique ou un vapoteur personnel 0 : non ; 1 : oui
F12g - Une médecine douce (acupuncture, hypnose, cigarettes sans tabac, homéopathie, sophrologie…) 0 : non ; 1 : oui
F12h - Seule 0 : non ; 1 : oui
F12i - Autre, préciser : ……

F13 - Au 3ème trimestre de la grossesse, combien de cigarettes « classiques » fumiez-vous en moyenne par jour (*cad cigarettes « classiques » ou tabac à rouler, aucune cigarette =00*) ? |__|__|

F14 - **Aujourd'hui**, est-ce que vous fumez ?
0 : non
1 : oui des cigarettes « classiques » (y compris tabac à rouler)
2 : oui, la cigarette électronique avec ou sans nicotine
3 : oui, les deux

Si 1 ou 3
F14a - Combien de cigarettes fumez-vous en moyenne par jour (*aucune cigarette =00)* ? |__|__|

F15- Depuis votre retour à la maison, avez-vous fumé du cannabis ? 0 : non ; 1 : oui

Si oui

F15a – A quelle fréquence ?

1 : moins d'une 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

F16 - Depuis votre retour à la maison, à quelle fréquence avez-vous bu des boissons alcoolisées ?

1 : jamais
2 : 1 fois par mois, ou moins
3 : 2 à 4 fois par mois
4 : 2 à 3 fois par semaine
5 : 4 fois par semaine ou plus, mais pas tous les jours
6 : tous les jours

Si 2 à 6

F16a - Combien de verres standards avez-vous bu au cours d'une semaine (y compris le week-end) ?

1 : Moins d'un verre
2 : 1 à 4 verres par semaine
3 : 5 à 10 verres par semaine
4 : 11 à 13 verres par semaine
5 : 14 verres ou plus

F17 - Sur les 7 dernières nuits, combien d'heures d'affilée avez-vous dormi en moyenne entre 23h et 6h ? |__|__|

Nous allons maintenant vous interroger sur vos habitudes de consommation des produits d'hygiène et de cosmétique.

F18 - Avez-vous changé vos habitudes de consommation des produits d'hygiène et de cosmétique (déodorant, beauté, maquillage…) ? *(plusieurs réponses possibles)*

F18a - Lors d'une précédente grossesse 0 : non ; 1 : oui
F18b - Avant cette grossesse 0 : non ; 1 : oui
F18c - En début de votre dernière grossesse 0 : non ; 1 : oui
F18d - Durant le deuxième ou le troisième trimestre de votre dernière grossesse 0 : non ; 1 : oui
F18e - Depuis votre accouchement 0 : non ; 1 : oui

➡ **Si non à toutes les questions F18, passer à la question G1**

Si vous avez changé vos habitudes de consommation

F19 - Pour quel type de produits avez-vous changé vos habitudes ? *(plusieurs réponses possibles)*

	0 : jamais utilisé	1 : non, pas de changement	2 : oui, changement du produit utilisé	3 : oui, arrêt d'utilisation	*Si 2 ou 3** F19x1 – Avez-vous changé pour des raisons liées à votre santé ? 0 ; non ; 1 : oui	*Si 2 ou 3** F19x2 – Avez-vous changé pour des raisons liées à la santé de votre enfant ? 0 : non ; 1 : oui
F19a- Gel douche						
F19b-Savon solide pour le corps						
F19c- Produit d'hygiène intime						
F19d- Lotion ou crème pour le corps						
F19e-Lotion ou crème pour le visage						
F19f- Déodorant						
F19g- Parfum ou eau de toilette						
F19h- Maquillage						
F19i- Vernis à ongles						
F19j- Dissolvant						
F19k- Coloration pour les cheveux						
F19l- Autres produits modifiés, préciser : ……						

F20 - Avez-vous reçu des conseils ou cherché des renseignements sur la consommation de produits d'hygiène et de cosmétique pendant la grossesse ? 0 : non ; 1 : oui

Si oui

F20 - Avez-vous ?
- **F20a -** reçu des conseils de votre entourage (famille, amis, collègues…) 0 : non ; 1 : oui
- **F20b -** reçu des conseils des professionnels de santé (sages-femmes, médecins ou autres …) 0 : non ; 1 : oui
- **F20c –** obtenu des informations via des affiches ou des prospectus 0 : non ; 1 : oui
- **F20d -** obtenu des informations via des livres, la presse écrite ou la télévision 0 : non ; 1 : oui
- **F20e -** obtenu des renseignements sur internet 0 : non ; 1 : oui

Violences faites aux femmes

Pour terminer, dans le cadre de l'évaluation des violences faites aux femmes, nous vous demandons de répondre à quelques questions sur les violences éventuelles que vous avez pu subir au cours de ces 12 derniers mois.

G1- Au cours de 12 derniers mois, est-il arrivé que quelqu'un vous insulte, vous dénigre, exerce sur vous un chantage ou une emprise, ou formule une menace de mort à votre encontre ?

0 : non
1: oui, pendant la grossesse
2 : oui, depuis la naissance
3 : oui, pendant la grossesse et après la naissance
4 : je ne souhaite pas répondre

Si oui

G1a - Etait-ce (plusieurs réponses possibles) ?

1. Votre partenaire
2. un homme que vous connaissez
3. une femme que vous connaissez
4. un homme que vous ne connaissez pas
5. une femme que vous ne connaissez pas

G1b - Est-ce arrivé ? 1 : une fois ; 2 : plusieurs fois

G2 - Au cours de ces 12 derniers mois, est-il arrivé que quelqu'un vous frappe, vous gifle ou vous batte, vous blesse ou vous bouscule intentionnellement ?

0: non
1: oui, pendant la grossesse
2 : oui, depuis la naissance
3 : oui, pendant la grossesse et après la naissance
4 : je ne souhaite pas répondre

Si oui

G2a - Etait-ce (plusieurs réponses possibles) ?

1. Votre partenaire
2. un homme que vous connaissez
3. une femme que vous connaissez :
4. un homme que vous ne connaissez pas
5. une femme que vous ne connaissez pas

G2b - Est-ce arrivé ? 1 : une fois ; 2 : plusieurs fois

G3 - Au cours de ces 12 derniers mois, est-il arrivé qu'on vous force à avoir des rapports ou des gestes sexuels ?

0 : non
1 : oui, pendant la grossesse
2 : oui, depuis la naissance
3 : oui, pendant la grossesse et depuis la naissance
4 : je ne souhaite pas répondre

Si oui

G3a - Etait-ce (plusieurs réponses possibles) ?

1. Votre partenaire
2. un que vous connaissez
3. une femme que vous connaissez :
4. un homme que vous ne connaissez pas
5. une femme que vous ne connaissez pas

G3b - Est-ce arrivé ? 1 : une fois ; 2 : plusieurs fois

H1 - Avez-vous des commentaires à ajouter sur l'ensemble du questionnaire ? (texte libre)

……..

……..

……..

H2 - Avez-eu besoin d'aide pour remplir ce questionnaire ? 0 : non ; 1 : oui

Si oui

G5a - Qui vous a aidé ?
1 : votre mari ou votre partenaire
2 : un membre de votre famille
3 : un.e ami.e
4 Autre, préciser ……

Nous vous remercions d'avoir pris le temps de répondre à ce questionnaire.

Epifane, une enquête sur l'alimentation de votre nourrisson, est mise en place par santé publique France à la suite de l'Enquête Nationale Périnatale.

Elle comporte des questionnaires supplémentaires aux 2 mois, 6 mois et 12 mois de votre enfant.

Si vous êtes sélectionnée :

- un email ou un sms d'information vous a été envoyé

- et vous serez contactée par téléphone dans les prochains jours par Ipsos.

N'hésitez pas à consulter votre médecin généraliste ou le médecin de votre enfant, votre sage-femme ou le service de PMI (Protection Maternelle et Infantile) le plus proche de votre domicile, en cas de besoin.

La PMI propose des consultations pour les mères et les jeunes enfants dans leurs centres ou à domicile.

N'hésitez pas non plus à consulter les sites suivants ou à appeler les numéros verts qui peuvent être utiles, pour vous et votre enfant.

Sites Internet	
www.agir-pour-bebe.fr	Des clés pour penser son environnement
www.sexualite-et-contraception.fr	Informations sur la santé sexuelle des jeunes filles, des femmes, des mères
www.1000jourspourlasante.fr	Informations sur la santé pour les jeunes parents
www.mangerbouger.fr	Programme national nutrition santé
stop-violences-femmes.gouv.fr	Informations pour lutter contre les violences
www.info-depression.fr/?page=liens utiles	Dépression : lien utile en ligne selon les régions

Numéros verts (numéros gratuits ou non surtaxés)	
Violences femmes info	3919
Alcool info service	09 80 98 09 30
Tabac info service	3989
Drogues info service	08 00 23 13 13
CIANE	06 60 63 70 89

Enquête Nationale Périnatale

Les 8 pages suivantes présentent le questionnaire dans son intégralité

Questionnaire Etablissement

Enquête Nationale Périnatale

*Vu l'avis favorable du Comité de Protection des Personnes (CPP Ouest II) en date du 7/07/2020. 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**, en application de la loi n° 51-711 du 7 juin 1951 sur l'obligation, la coordination et le secret en matière de statistiques. Visa **n°2021X701SA** du Ministre de l'Économie, des Finances et de la Relance, valable pour l'année **2021** – Arrêté du 23/11/2020. Vu l'autorisation DR-2020-391 de la Commission Nationale de l'Informatique et des Libertés (CNIL) le 31/12/2020.*

INFORMATIONS PREALABLES *(pré-remplies par la coordinatrice)*

A1 - Numéro FINESS géographique de l'établissement |__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|

A2 - Statut : 0 : CHU ; 1 : CHR ; 2 : CH ; 3 : Maison de Naissance ; 4 : ESPIC ; 5 : Autre privé |__|

A3 - Type d'autorisation : |__|
1 : 1 : Unité d'obstétrique
2 : 2A : Unité d'obstétrique avec néonatologie sans soins intensifs
3 : 2B : Unité d'obstétrique avec néonatologie avec soins intensifs
4 : 3 : Unité d'obstétrique, de néonatologie et de réanimation néonatale

A4 - Nombre d'accouchements en 2020 : |__|__|__|__|__|

EQUIPEMENTS

B1 - Votre établissement est-il doté :

B1a - d'un local ou d'une pièce où peuvent être regroupés les nouveau-nés (nurserie, crèche…) dans la maternité ?
0 : non ; 1 : oui |__|

B1b - d'un service de néonatalogie ? 0 : non ; 1 : oui |__|

Si oui,
B1b1 - Ce service a-t-il un programme NIDCAP
(programme néonatal d'évaluation et de soins de développement individualisés) ? 0 : non ; 1 : oui |__|

B1b2 - Ce service a-t-il un autre programme ? 0 : non ; 1 : oui |__|
Préciser : ……

B1c - d'une « unité kangourou » (unité de néonatologie intégrée soit dans une maternité au sein des suites de couches (le nouveau-né étant soigné dans la chambre de sa mère) soit dans une unité de néonatologie voisine adaptée à recevoir des parents 24h/24, les sages-femmes venant s'occuper de la mère) 0 : non ; 1 : oui |__|

Si oui,
B1c1 - combien y-a-t-il de lits ? |__|__|

B1c2 - l'unité est-elle dans le même bâtiment que le service de néonatalogie ? 0 : non 1 : oui |__|

B2 - Avez-vous des liens avec le lactarium le plus proche de votre établissement ? |__|
0 : non
1 : oui, au cours d'une réunion structurée annuelle
2 : oui, via des collectes de lait régulières dans votre établissement organisées par le lactarium
3 : autre, préciser : ……

B3 - Informez-vous les mères qui allaitent de la possibilité de faire don de lait au lactarium ? 0 : non ; 1 : oui |__|

B3a – Si non, pourquoi ?

1 : le lactarium le plus proche ne vient pas collecter sur votre territoire |__|
2 : vous ne connaissez pas les modalités du don
3 : vous n'avez pas l'information que les lactariums peuvent manquer de lait
4 : autre, préciser : ……

B4 - Pour les césariennes, le bloc obstétrical est-il : (plusieurs réponses possibles)

1 : dans le secteur naissance, avec des salles dédiées aux césariennes |__| |__|
2 : contigu au secteur naissance, inclus dans le bloc opératoire commun à plusieurs spécialités
3 : non contigu au secteur naissance mais dans le même bâtiment, inclus dans le bloc opératoire commun à plusieurs spécialités
4 : dans un autre bâtiment que le secteur naissance, inclus dans le bloc opératoire commun à plusieurs spécialités
5 : autre situation, préciser : ……

B5 - Dans la maternité ou sur le site où se situe la maternité, y a-t-il :

B5a - Une salle de réveil 24h/24 (salle de surveillance post-interventionnelle) 0 : non ; 1 : oui |__|

B5b - Une unité de surveillance continue 0 : non ; 1 : oui |__|

Si oui, **B5b1-** Est-elle spécialement dédiée à la gynécologie et à l'obstétrique 0 : non ; 1 : oui |__|

B5c - Un service de réanimation adulte ou de soins intensifs 0 : non ; 1 : oui |__|

Si pas de service de réanimation adulte,

B5c1 - A quelle distance se situe le service de réanimation adulte vers lequel vous transférez le plus régulièrement les femmes (km) ? |__|__|__|

B6 - 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 |__|

B7 - **Votre maternité utilise-t-elle un dossier médical informatisé ?** (pour le suivi de grossesse ou les hospitalisations ou le suivi de travail ou de l'accouchement) ?

0 : non, dossier papier uniquement ; 1 : oui, dossier informatisé uniquement ; 3 : les deux |__|

Si oui, **B7a** - **Ce dossier est-il commun à plusieurs structures**?
0 : non ; 1 : oui, commun non partagé ; 2 : oui, commun et partagé |__|

Si oui, **B7a1 -** Avec quelles structures ce dossier est-il commun ?

1 : L'ensemble des structures du réseau |__|
2 : Une partie des structures du réseau
3 : Uniquement avec les Centres Périnataux de Proximité (CPP)
4 : autre, préciser : ……

B8 - Dans votre maternité, quel professionnel est en charge du codage des diagnostics PMSI des séjours maternels ?

B8a - Un médecin sénior de la maternité 0 : non ; 1 : oui |__|
B8b - Une sage-femme de la maternité 0 : non ; 1 : oui |__|
B8c - Un interne 0 : non ; 1 : oui |__|
B8d - Une étudiante sage-femme 0 : non ; 1 : oui |__|
B8e - Une secrétaire ou une assistante administrative 0 : non ; 1 : oui |__|
B8f - Une personne du DIM de l'établissement 0 : non ; 1 : oui |__|
B8g - Une personne extérieure à l'établissement 0 : non ; 1 : oui |__|
B8h - Autres 0 : non ; 1 : oui, **à préciser** …… |__|

B9 - Dans votre maternité, quel professionnel est en charge du codage des diagnostics PMSI des séjours de l'enfant ?

B9a - Un pédiatre de la maternité 0 : non ; 1 : oui |__|
B9b - Une sage-femme 0 : non ; 1 : oui |__|
B9c - Un interne 0 : non ; 1 : oui |__|
B9d - Une étudiante sage-femme 0 : non ; 1 : oui |__|
B9e - Une infirmière puéricultrice 0 : non ; 1 : oui |__|
B9f - Une secrétaire ou une assistante administrative 0 : non ; 1 : oui |__|
B9g - Une personne du DIM de l'établissement 0 : non ; 1 : oui |__|
B9h - Une personne extérieure à l'établissement 0 : non ; 1 : oui |__|
B9i - Autres 0 : non ; 1 : oui, **à préciser** …… |__|

B10 - Travaillez-vous en réseau avec un ou plusieurs Centres Périnataux de Proximité (CPP) ? 0 : non ; 1 : oui |__|__|

Si oui,
B10a - Avec combien de CPP travaillez-vous ? |__|__|
B10b - Quelles sont leurs activités ?
……
……
……

B11 – Avez-vous mis en place un dépistage systématique de l'infection à Coronavirus lors de l'accouchement ?
0 : non ; 1 : oui |__|

Si oui,
B11a - quelle est la méthode utilisée 1 : test antigénique |__|
2 : PCR
3- Autre, à préciser, ……
B11b – Date de mise en place |__|__| |__|__| |__|__|

EQUIPE SOIGNANTE

Personnel médical présent en salle de naissance

C1 - 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 |__|

C2 - Pour le personnel médical de votre établissement (*pour chaque catégorie de personnel ci-dessous***), précisez si le jour et la nuit, en semaine et le week-end, il 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 présent dans l'équipe de garde

Si plusieurs situations possibles, inscrire celle correspondant au code le plus faible

	SEMAINE		WEEK-END	
	Jour	Nuit	Jour	Nuit
C2a - Gynécologue-obstétricien	|__|	|__|	|__|	|__|
C2b - Interne en gynécologie-obstétrique	|__|	|__|	|__|	|__|
C2c - Pédiatre	|__|	|__|	|__|	|__|
C2d - Interne en pédiatrie	|__|	|__|	|__|	|__|
C2e - Anesthésiste-réanimateur	|__|	|__|	|__|	|__|
C2f - Interne en anesthésie	|__|	|__|	|__|	|__|

C3 - Combien de sages-femmes sont-elles présentes pour réaliser et accompagner les accouchements ou les césariennes en salle de naissance (indiquer le nombre de SF, ne pas convertir en ETP) ?

	SEMAINE		WEEK-END	
	Jour	Nuit	Jour	Nuit
C3a - Nombre de sages-femmes en salle de naissance	I__I	I__I	I__I	I__I
C3b - Nombre de sages-femmes d'astreinte	I__I	I__I	I__I	I__I

C4 - Les sages-femmes de salle de naissance ont-elles d'autres activités (sous la forme 0 : non ; 1 : oui) ?

	SEMAINE		WEEK-END	
	Jour	Nuit	Jour	Nuit
C4a - Urgences obstétricales	I__I	I__I	I__I	I__I
C4b - Urgences gynécologiques	I__I	I__I	I__I	I__I
C4c - Consultation de fin de grossesse, explorations fonctionnelles, surveillance intensive	I__I	I__I	I__I	I__I
C4d – Autres (amniocentèse, VME, IVG médicamenteuses …), préciser :				

C5 - <u>Concernant le personnel paramédical dédie en salle de naissance</u> lors d'une garde, combien y-a-t-il (indiquer le nombre de personnes, ne pas convertir en ETP) ?

	SEMAINE		WEEK-END ?	
	Jour	Nuit	Jour	Nuit
C5a - Aides-soignantes ou auxiliaires de puériculture	I__I	I__I	I__I	I__I
C5b - Infirmières (IDE)	I__I	I__I	I__I	I__I
C5c - Infirmières puéricultrices	I__I	I__I	I__I	I__I
C5d - Infirmières anesthésistes (IADE)	I__I	I__I	I__I	I__I

C6 - Votre maternité a-t-elle recours à des intérimaires ou vacataires ?

C6a - Gynécologue-obstétriciens pour le secteur obstétrical pour la garde en salle de naissance

0 : jamais I__I
1 : une fois par mois ou moins
2 : plusieurs fois par mois
3 : plusieurs fois par semaine
4 : tous les jours

Si réponse 2 à 4, **C6a1 - Ce personnel est-il ?** 1 : Habitué au service (plusieurs gardes par mois) I__I
2 : Peu habitué au service
3 : Non habitué au service

C6b - Anesthésistes pour le secteur obstétrical 0 : jamais I__I
1 : une fois par mois ou moins
2 : plusieurs fois par mois
3 : plusieurs fois par semaine
4 : tous les jours

Si réponse 2 à 4, **C6b1 - Ce personnel est-il ?** 1 : Habitué au service (plusieurs gardes par mois) I__I
2 : Peu habitué au service
3 : Non habitué au service

C6c – Pédiatres 0 : jamais |__|
1 : une fois par mois ou moins
2 : plusieurs fois par mois
3 : plusieurs fois par semaine
4 : tous les jours

Si réponse 2 à 4, **C6c1 - Ce personnel est-il ?** 1 : Habitué au service (plusieurs gardes par mois) |__|
2 : Peu habitué au service
3 : Non habitué au service

C6d - Sages-femmes 0 : jamais |__|
1 : une fois par mois ou moins
2 : plusieurs fois par mois
3 : plusieurs fois par semaine
4 : tous les jours

Si réponse 2 à 4, **C6d1 - Ce personnel est-il ?** 1 : Habitué au service (plusieurs gardes par mois) |__|
2 : Peu habitué au service
3 : Non habitué au service

C7 - La maternité a-t-elle recours à un(e) psychologue ? 0 : non ; 1 : oui |__|

Si oui, C7a - De quelle manière votre maternité a-t-elle recours à ce professionnel ?

1 : En interne, avec un temps de travail dédié(e) à la maternité |__|
2 : En interne, sans temps de travail dédié à la maternité (cad ponctuellement, en cas de besoin uniquement)
3 : En externe, via un autre établissement de santé
4 : En externe, via une unité mobile
5 : En externe, via un Centre Médico-Psychologique (CMP)
6 : En externe, via des professionnels libéraux
7 : Autre, préciser : …….

C8 - La maternité a-t-elle recours à un(e) psychiatre ? 0 : non ; 1 : oui |__|

Si oui, C8a - De quelle manière votre maternité a-t-elle recours à ce professionnel ?

1 : En interne, avec un temps de travail dédié(e) à la maternité |__|
2 : En interne, sans temps de travail dédié à la maternité (cad ponctuellement, en cas de besoin uniquement)
3 : En externe, via un autre établissement de santé
4 : En externe, via une unité mobile
5 : En externe, via un Centre Médico-Psychologique (CMP)
6 : En externe, via des professionnels libéraux
7 : Autre, préciser : …….

C9 - La maternité a-t-elle recours à un(e) pédopsychiatre ? 0 : non ; 1 : oui |__|

Si oui, C9a - De quelle manière votre maternité a-t-elle recours à ce professionnel ?

1 : En interne, avec un temps de travail dédié(e) à la maternité |__|
2 : En interne, sans temps de travail dédié à la maternité (cad ponctuellement, en cas de besoin uniquement)
3 : En externe, via un autre établissement de santé
4 : En externe, via une unité mobile
5 : En externe, via un Centre Médico-Psychologique (CMP)
6 : En externe, via des professionnels libéraux
7 : Autre, préciser : …….

PRISE EN CHARGE PRÉNATALE

D1 - Les femmes qui ont une addiction au tabac peuvent-elles bénéficier d'une consultation dédiée ?

(plusieurs réponses possibles) 1 : oui, dans votre service |__| |__|
2 : oui, dans votre hôpital
3 : oui, avec un référent à l'extérieur de l'hôpital
4 : vous n'avez pas de circuit organisé

D2 - Les femmes qui ont une addiction à l'alcool peuvent-elles bénéficier d'une consultation dédiée ?
(plusieurs réponses possibles)
1 : oui, dans votre service |__| |__|
2 : oui, dans votre hôpital
3- : oui, avec un référent à l'extérieur de l'hôpital
4 : vous n'avez pas de circuit organisé

D3 - Les femmes ayant d'autres addictions *(à l'exclusion du tabac et de l'alcool)* **peuvent-elles bénéficier d'une consultation dédiée ?** *(plusieurs réponses possibles)*
1 : oui, dans votre service |__| |__|
2 : oui, dans votre hôpital
3 : oui, avec un référent à l'extérieur de l'hôpital
4 : vous n'avez pas de circuit organisé

D4 - Les femmes qui souhaitent une consultation de nutrition peuvent-elles en bénéficier ?
(plusieurs réponses possibles)
1 : oui, dans votre service |__| |__|
2 : oui, dans votre hôpital
3 : oui, avec un référent à l'extérieur de l'hôpital
4 : vous n'avez pas de circuit organisé

Si réponse 1 à 3, D4a- Cette consultation est-elle accessible ?
1 : Uniquement aux femmes diabétiques |__|
2 : A toute femme qui souhaite une consultation de nutrition

D5 - Vous arrive-t-il de refuser l'inscription des femmes à bas risque résidant loin de votre maternité ?
0 : non jamais |__|
1 : oui parfois
2 : oui systématiquement
3 : pas de système d'inscription à la maternité

Si 1 ou 2,
D5a - Pour quels motifs refusez-vous ces inscriptions ?
1 : c'est la politique du service |__|
2 : vous refusez quand le nombre de femmes inscrites est déjà élevé
3 : autre, préciser : ……

D6 - Dans votre service, les soignants proposent-ils aux femmes de préparer un projet de naissance ?
0 : jamais; 1 : rarement; 2 : souvent ; 3 : systématiquement |__|

D7 - La maternité a-t-elle recours à une assistante sociale ? 0 : non |__|
1 : oui, dédiée au service
2 : oui, dans l'établissement mais non dédiée au service

D8 - 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 (permanence d'accès aux soins) dans l'établissement, et recours systématique pour toutes les femmes concernées
2 : oui, une PASS dans l'établissement, mais recours non systématique
3 : oui, un autre dispositif (ex : partenariat avec une association, staff pluridisciplinaire . . .)
Précisez : ……

Si oui (D8=3), **D8a - La maternité dispose-t-elle de liens formalisés par conventions avec les acteurs et partenaires de la précarité pour faciliter la prise en charge des publics précaires ?** 0 : non ; 1 : oui ; 2 : ne sait pas |__|

D9 - De quelle manière la PMI est-elle présente au sein de votre établissement ? *(plusieurs réponses possibles)*

0 : La PMI n'est pas présente au sein de votre établissement |__| |__| |__|
1 : Une personne de la PMI (sage-femme, puéricultrice,…) passe régulièrement pour faire le lien avec le personnel de votre établissement
2 : La PMI est présente au sein des Staffs pluridisciplinaires
3 : Les dépliants/plaquettes de présentation des PMI de la région sont distribués à toutes les parturientes
4 : Autre, préciser : ……

D10 - Votre établissement dispose-t-il d'un document de formalisation ou convention permettant de cadrer les modalités d'échanges et de liaison avec les services de la PMI ? 0 : non ; 1 : oui ; 2 : ne sait pas |__|

D11 - Informez-vous systématiquement les patientes sur le rôle et les moyens de contacter la PMI (Protection Maternelle et Infantile) de leur secteur ? 0 : non ; 1 : oui |__|

Si oui,
D11a - A quel moment du suivi des patientes cette information se fait-elle le plus souvent ?
(Deux réponses possibles)
1 : durant les consultations prénatales (par les professionnels de santé ou par des plaquettes d'information mises à disposition ou par des affiches) |__|__|
2 : en salle de naissance
3 : en suites de naissance (par les professionnels de santé ou par des plaquettes ou par des affiches)

D12 - Avez-vous un dispositif spécifique pour faciliter la prise en charge de populations non francophones ?
(*plusieurs réponses possibles*) 0 : non |__|__|__|
1 : Une consultation avec un interprète
2 : Un service d'interprétariat par téléphone
3 : Un service d'interprétariat via une liste de personnels
4 : Un recours ponctuel au personnel interne, sans liste
5 : Autre, préciser : ……

PRISE EN CHARGE EN SALLE DE NAISSANCE

E1 - Pour les femmes à bas risque obstétrical et souhaitant avoir un accouchement moins médicalisé, avez-vous un espace (ou salle) dédié et distinct des salles de naissances « classiques » ? (espace physiologique, salle nature...)
0 : non ; 1 : oui |__|

Si oui
E1a - De combien de salles disposez-vous ? |__|__|
E1b - Les femmes peuvent-elles accoucher dans ces salles ?
0 : non ; 1 : oui, dans toutes ; 2 : oui, dans certaines |__|
E1c - Ces salles disposent-elles d'une baignoire ?
0 : non ; 1 : oui, dans toutes ; 2 : oui, dans certaines |__|

Si ces salles disposent d'une baignoire, **E1c1- Les accouchements dans l'eau sont-ils autorisés ?** 0 : non ; 1 : oui |__|

E2 - Les sages-femmes libérales peuvent-elles réaliser les accouchements de leurs patientes dans vos salles de naissance (aussi appelé plateau technique) ? 0 : non ; 1 : oui |__|

PRISE EN CHARGE APRÈS LA NAISSANCE

F1 - Avez-vous une ou plusieurs personnes référentes pour l'aide à l'allaitement dans la maternité ? 0 : non ; 1 : oui |__|

Si oui,
F1a - A-t-elle suivi un DIULHAM ou a-t-elle une certification IBCLC, formation spécialisée en allaitement maternel? 0 : non ; 1 : oui |__|
F1b - Dispose-t-elle d'un temps dédié à la prise en charge de l'allaitement maternel (consultation, formation, visites spécialisées…) **?** 0 : non ; 1 : oui, un temps partiel ; 2 : oui, un temps plein |__|
F1c - Les mères peuvent-elles contacter cette personne par téléphone, ou la consulter, après la sortie de la maternité ? 0 : non ; 1 : oui |__|
F1d - Anime-t-elle des réunions d'équipes pour les professionnels (dont les aides-soignantes, auxiliaires de puériculture) afin de favoriser l'harmonisation des pratiques ? 0 : non ; 1 : oui |__|

F2 - En première intention, quel protocole utilisez-vous pour le dépistage néonatal de la surdité (1er et 2ème test lorsque le premier n'est pas concluant) **chez les nouveau-nés en suites de naissances** ?
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 : ……

F3 - 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 ? (Deux réponses possibles)

0 : non |__| |__|
1 : oui, les nouveau-nés reviennent dans le service
2 : oui, les nouveau-nés sont orientés vers une autre structure
3 : autre, préciser : ----------

F4 - A quel moment le dépistage sanguin néonatal systématique est-il réalisé pour les enfants qui sortent précocement ?

(Deux réponses possibles) 1 : avant la sortie de la maternité à J2 |__| |__|
2 : retour du nouveau-né à la maternité
3 : réalisation à domicile par une sage-femme libérale
4 : autre, préciser : …….

F5 - Des visites à domicile sont-elles proposées après la sortie de la maternité pour les mères et les bébés qui vont bien ?

F5a - Par une sage-femme libérale dans le cadre d'une sortie précoce et du « PRADO » 0 : non ; 1 : oui |__|
F5b - Par une sage-femme libérale dans le cadre d'une sortie standard et du « PRADO » 0 : non ; 1 : oui |__|
F5c - Par une sage-femme libérale hors cadre du « PRADO » 0 : non ; 1 : oui |__|
F5d - Par une sage-femme de la maternité 0 : non ; 1 : oui |__|
F5e - Par une sage-femme ou puéricultrice de PMI 0 : non ; 1 : oui |__|
F5f - Autre, préciser : …… |__|

F6 - Une fiche de liaison « maternité/ville » (elle contient des informations médicales sur le déroulement de la grossesse, de l'accouchement et du postpartum à la maternité, y compris le compte-rendu d'hospitalisation) **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, **F6a -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 |__|

Abréviations et acronymes

ABM	Agence de la biomédecine
AFTN	Anomalies de fermeture du tube neural
AME	Aide médicale d'Etat
APD	Analgésie péridurale
APO	Administration préventive d'oxytocine
ARE	Allocation d'aide au retour à l'emploi
ARS	Agence régionale de santé
CH	Centre hospitalier
CHR	Centre hospitalier régional
CHU	Centre hospitalier universitaire
CMV	Cytomégalovirus
CNGOF	Collège national des gynécologues et obstétriciens français
CNIL	Commission nationale de l'informatique et des libertés
CNIS	Comité national de l'information statistiques
COVID-19	Coronavirus virus disease appeared in 2019
CPAP	Continuous positive airway pressure : ventilation en pression positive continue
CPP	Centre périnatal de proximité
CSS	Complémentaire santé solidaire
DGOS	Direction générale de l'offre de soins
DGS	Direction générale de la santé
DID/DNID	Diabète insulino-dépendant/ non insulino-dépendant
DIM	Département d'information médicale
DIU	Dispositif intra-utérin
DPNI	Dépistage prénatal non invasif
DREES	Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques
DROM	Départements et région d'outre-mer
DSM	Diagnostic and Statistical Manual : Manuel diagnostic et statistique des troubles mentaux
ENP	Enquête nationale périnatale
EPDS	Edinburgh post-partum depression scale
EPIFANE	Etude longitudinale en France de l'alimentation et de l'état nutritionnel des enfants pendant leur première année de vie
EPOPé	Equipe de recherche en épidémiologie obstétricale, périnatale et pédiatrique
EPP	Entretien prénatal précoce
ESPIC	Etablissement de santé privé d'intérêt collectif
GO	Gynécologue-obstétricien
HAD	Hospitalisation à domicile
HAPO	Hyperglycaemia and adverse pregnancy outcome (medical study)
HAS	Haute autorité de santé
HCSP	Haut conseil de la santé publique
HGPO	Hyperglycémie provoquée orale
HLQ	Health litteracy questionnaire
HPP	Hémorragie du post-partum
HTA	Hypertension artérielle
IBCLC	International board certified lactation consultant
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
JORF	Journal officiel de la république française
MAP	Menace d'accouchement prématuré
NIDCAP	Programme néonatal d'évaluation et de soins de développement individualisés
OEA	Oto-émissions accoustiques
OFDT	Observatoire français des drogues et des tendances
OMS	Organisation mondiale de la santé
PASS	Permanence d'accès aux soins
PCEA	Patient controlled epidural analgesia
PCR	Polymerase chain reaction
PCS	Professions et catégories socioprofessionnelles
PEAA	Potentiels évoqués auditifs automatisés
PMI	Protection maternelle et infantile
PMSI	Programme de médicalisation des systèmes d'information
PNP	Préparation à la naissance et à la parentalité
PPC	Pression positive continue
PRADO	Programme d'accompagnement du retour à domicile
PRC	Péri-rachi combinée
PUMa	Protection universelle maladie
RCF	Rythme cardiaque foetale
RCIU	Retard de croissance intra-utérin
RSA	Revenu de solidarité active
SA	Semaine d'aménorrhée
SAE	Statistique annuelle des établissements
SFAR	Société Française d'anesthésie et de réanimation
SFN	Société Française de néonatalogie
SNDS	Système national des données de santé
TROD	Test rapide d'orientation diagnostique
VBI/VBNI	Voie basse instrumentale/ non instrumentale

ABM (2020) Agence de la Biomédecine. Activité d'Assistance Médicale à la Procréation 2020. Disponible sur : https://rams.agence-biomedecine.fr/principaux-chiffres-de-lactivite

Anguis M, et al. Quelle démographie récente et à venir pour les professions médicales et pharmaceutique ? Constat et projections démographiques. DREES, les dossiers de la DREES n°76. Mars 2021.

Anselem O, et al. Does women's place of birth affect their opportunity for an informed choice about Down syndrome screening? A population-based study in France. BMC Preg Child Birth. 2021 Aug 30;21(1):590.

Aziz K, et al. Part 5: Neonatal Resuscitation 2020 American Heart Association Guidelines for Cardiopulmonary Resuscitation and Emergency Cardiovascular Care. Pediatrics. 2021 Jan;147(Suppl 1):e2020038505E.

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

Blanc-Petitjean P, et al. Labour induction practices in France: A population-based declarative survey in 94 maternity units. J Gynecol Obstet Hum Reprod. 2018 Feb;47(2):57-62.

Blondel B, et al. How perinatal health in France compared with other European countries in 2015: some progress but also some concerns about newborn health. Arch Pediatr. 2019 jul; 26(5):249-251.

Blondel B, et al. Trends in perinatal health in metropolitan France from 1995 to 2016: Results from the French National Perinatal Surveys. J Gynecol Obstet Hum Reprod. 2017 Dec; 46(10):669-681.

Blondel B, et al. 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 Jul;95(7):746-754.

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

Blondel B, et al. Enquête nationale périnatale 2003 : situation en 2003 et évolution depuis 1998. Rapport. Février 2005. Disponible sur :
https://enp.inserm.fr/docutheque/les-rapports-des-enp/

Boers KE, et al. Induction versus expectant monitoring for intrauterine growth restriction at term: randomised equivalence trial (DIGITAT). BMJ. 2010 Dec 21;341:c7087.

Bonnet C, et al. A rise in births following contraceptive failure in France between 2010 and 2016: results from the French national perinatal surveys. BMC Womens Health. 2021 Mar 20;21(1):115.

Boulvain M, et al. Induction of labour versus expectant management for large-for-date fetuses: a randomised controlled trial. Lancet. 2015 Jun 27;385(9987):2600-5.

Bréart G, et al. Epidemiological methods in evaluation. Rev Epidemiol Sante Publique. 1991;39 Suppl 1:S5-14. French.

CARO (2021) Club d'Anesthésie Réanimation Obstétricale. Préconisations. Insuffisance d'analgésie au cours de la césarienne sous anesthésie périmédullaire : prévention - prise en charge immédiate et différée. Anaesth Crit Care Pain Med. 2021 Oct;40(5):100934. Erratum in: Anaesth Crit Care Pain Med. 2021 Oct 17;40(6):100954. Disponible sur :
https://sfar.org/preconisations-insuffisance-danalgesie-au-cours-de-la-cesarienne-sous-anesthesie-perimedullaire-prevention-prise-en-charge-immediate-et-differee/

CNGOF (2019). Collège National des Gynécologues et Obstétriciens Français. Dépistage prénatal de l'infection à Cyto Mégalo Virus (CMV). Communiqué suite à l'avis rendu par l'Académie de Médecine. Disponible sur :
http://www.cngof.fr/actualites/683-cmv-grossesse-am-cngof#:~:text=Le%20CNGOF%20a%20pris%20connaissance,de%20troubles%20graves%20du%20développement

CNGOF (2018). Collège National des Gynécologues et Obstétriciens Français. Recommandations pour la pratique clinique ; Prévention et protection périnéale en obstétrique. J Gynecol Obstet Hum Reprod. 2019 Sep;48(7):455-460. Disponible sur :
http://www.cngof.fr/pratiques-cliniques/recommandations-pour-la-pratique-clinique/apercu?path=RPC%2BCOLLEGE%252F2018%252FCNGOF_RPC_2018-PPPO.pdf&i=21003

CNGOF (2018). Collège National des Gynécologues et Obstétriciens Français. Ressources humaines pour les activités non programmées en gynécologie-obstétrique. Disponible sur :
http://www.cngof.fr/pratiques-cliniques/recommandations-pour-la-pratique-clinique/apercu?path=RPC%2BCOLLEGE%252F2018%252FCNGOF-RH-activites-non-prog-GO_2018-FINAL3.pdf&i=24553

CNGOF (2016) Collège National des Gynécologues et Obstétriciens Français. Recommandations pour la pratique clinique ; prévention de la prématurité spontanée et de ses conséquences (hors rupture des membranes) - Texte des recommandations (texte court). J Gynecol Obstet Biol Reprod (Paris). 2016 Dec;45(10):1446-1456. Disponible sur :
http://www.cngof.fr/pratiques-cliniques/recommandations-pour-la-pratique-clinique/apercu?path=RPC%2BCOLLEGE%252F2016%252FRPC_2016_Prmaturit_spontane.pdf&i=21926

CNGOF (2014) Collège National des Gynécologues et Obstétriciens Français. Recommandations pour la pratique clinique ; Les hémorragies du post-partum - Texte des recommandations (texte court). J Gynecol Obstet Biol Reprod (Paris). 2014 Dec;43(10):1170-9. Disponible sur :
http://www.cngof.fr/pratiques-cliniques/recommandations-pour-la-pratique-clinique/apercu?path=RPC%2BCOLLEGE%252F2014%252FCNGOF_2014_HPP.pdf&i=21935

CNGOF (2010). Collège National des Gynécologues et Obstétriciens Français. Recommandations pour la pratique clinique ; Le diabète gestationnel. J Gynecol Obstet Biol Reprod 2010;39:S1-S342. Disponible sur :
http://www.cngof.fr/pratiques-cliniques/recommandations-pour-la-pratique-clinique/apercu?path=RPC%2BCOLLEGE%252F2010%252FRPC_DIABETE_2010.pdf&i=21950

Collet M. Satisfaction des usagères des maternités à l'égard du suivi de grossesse et du déroulement de l'accouchement. DREES, Etudes et Résultats n°660. Septembre 2008.

Combier E, et al. Choosing where to deliver: decision criteria among women with low-risk pregnancies in France. Soc Sci Med. 2004 Jun;58(11):2279-89.

Cundy, T., et al. Gestational diabetes: new criteria may triple the prevalence but effect on outcomes is unclear. BMJ. 2014 Mar 11;348: g1567.
Cox JL, et al. Detection of postnatal depression. Development of the10-item Edinburgh Postnatal Depression Scale. Br J Psychiatry 1987 Jun;150:782–6.

Debussche X, et al. Characterisation of health literacy strengths and weaknesses among people at metabolic and cardiovascular risk: Validity testing of the Health Literacy Questionnaire. SAGE Open Med. 2018 Sep 21;6:2050312118801250.

Demiguel V, et al. Trends in tobacco smoking in pregnant women: Data of French National Perinatal Surveys. Int J Pub Health. 2021 Apr 1; 66:602873.

Descamps A, et al. Seasonal influenza vaccine uptake and vaccine refusal among pregnant women in France: results from a national survey. Hum Vaccine Immunother. 2020 May 3; 16(5):1093-1100.

Ding H, et al. Influenza Vaccination Coverage Among Pregnant Women - United States, 2016-17 Influenza Season. MMWR Morb Mortal Wkly Rep. 2017 Sep 29;66(38):1016-1022.

DREES (2022). Indicateurs de santé périnatale. Disponible sur :
https://www.data.gouv.fr/fr/datasets/indicateurs-de-sante-perinatale/

Dupont C, et al. Oxytocin administration during spontaneous labour: Guidelines for clinical practice. Guidelines short text. Gynecol Obstet Fertil Senol. 2017 Jan;45(1):56-61. French.

Ego A, et al. Customized and non-customized French intrauterine growth curves. I - Methodology. J Gynecol Obstet Biol Reprod (Paris). 2016 Feb;45(2):155-64. French.

Eltinge JL, et al. Diagnostics for Formation of Nonresponse Adjustment Cells, With an Application to Income Nonresponse in the U.S. Consumer Expenditure Survey. Surv Methodol. 1997; 23:33–40.

Euro-Peristat Project (2018). European Perinatal Health Report. Core indicators for the health and care of pregnant women and babies in Europe in 2015. Disponible sur :
https://www.europeristat.com/index.php/reports/european-perinatal-health-report-2015.html

Garabedian C, et al. Interpretation of fetal heart rate with a simple mnemonic. Gynecol Obstet Fertil Senol. 2020 Sep;48(9):627-628. French.

Girault A, et al. Association of oxytocin use and artificial rupture of membranes with cesarean delivery in France. Obstet Gynecol. 2020 Feb; 135(2):436-443.

Gomes E, et al. Rapport de surveillance de la santé périnatale en France. Santé publique France. Saint-Maurice: septembre 2022. 159 p. Disponible sur :
http://portaildocumentaire.santepubliquefrance.fr/exl-php/vue-consult/spf___internet_recherche/SPF00004011

Gomez-Roig MD, et al. Maternal hair testing to disclose self-misreporting in drinking and smoking behavior during pregnancy. Alcohol (Fayetteville, NY). 2018;67:1-6.

Grobman WA, et al. Labor Induction versus Expectant Management in Low-Risk Nulliparous Women. N Engl J Med. 2018 Aug 9;379(6):513-523.
Guedeney N, et al. Premiers résultats de la traduction de l'EPDS sur une population parisienne. A propos de la validation de la traduction et de la traduction de l'EPDS. Devenir. 1995;7:69–92.

Guignard J, et al. Gestational anaemia and severe acute maternal morbidity: a population-based study. Anaesthesia. 2021 Jan;76(1):61-71.

HAPO Study Cooperative Research Group, et al. Hyperglycemia and adverse pregnancy outcomes. N Engl J Med. 2008 May 8;358(19):1991-2002.

HAS (2022). Haute Autorité de Santé. Recommandation vaccinale contre la coqueluche chez la femme enceinte. Disponible sur :
https://www.has-sante.fr/jcms/p_3084228/fr/recommandation-vaccinale-contre-la-coqueluche-chez-la-femme-enceinte

HAS (2020). Haute Autorité de Santé. Actualité. Dépistage du cancer du col de l'utérus : le test HPV-HR recommandé chez les femmes de plus de 30 ans. Disponible sur :
https://www.has-sante.fr/jcms/p_3192618/fr/depistage-du-cancer-du-col-de-l-uterus-le-test-hpv-hr-recommande-chez-les-femmes-de-plus-de-30-ans#

HAS (2020). Haute Autorité de Santé. Fiche Mémo. Prévention des déformations crâniennes positionnelles et mort inattendue du nourrisson. Disponible sur :
https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2020-02/reco276_fiche_memo_deformatons_craniennes_min_cd_2020_02_05_v11_fev.pdf

HAS (2018). Haute Autorité de Santé. Recommandation de bonne pratique. Accouchement normal : accompagnement de la physiologie et interventions médicales. Disponible sur :
https://www.has-sante.fr/jcms/c_2820336/fr/accouchement-normal-accompagnement-de-la-physiologie-et-interventions-medicales#

HAS (2010). Haute Autorité de Santé. Recommandation en santé publique. Etat des lieux et recommandations pour le dépistage du cancer du col de l'utérus en France. Disponible sur :
https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2020-02/reco276_fiche_memo_deformatons_craniennes_min_cd_2020_02_05_v11_fev.pdf

HAS (2009). Haute Autorité de Santé. Document d'information pour les professionnels. Projet de grossesse : informations, messages de prévention et examens à proposer. Disponible sur :
https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2010-01/projet_de_grossesse_informations_messages_de_prevention_examens_a_proposer_-_fiche_de_synthese.pdf

Haziza D, et al. On the construction of imputation classes in surveys. International Statistical Review. 2007 Apr;75(1):25-43.

HCSP (2018). Haut Conseil de la Santé Publique. Prévention de l'infection à cytomégalovirus chez la femme enceinte et le nouveau-né. Rapport. Collection Avis et Rapports. Décembre 2018. Disponible sur :
https://www.hcsp.fr/explore.cgi/avisrapportsdomaine?clefr=702

HCSP (2012). Haut Conseil de la Santé Publique. Vaccination contre la grippe saisonnière. Actualisation des recommandations pour les femmes enceintes et les personnes obèses. Collection Avis et Rapports. 16 Février 2012. Disponible sur :
https://www.hcsp.fr/explore.cgi/avisrapportsdomaine?clefr=260

INSEE (2022). Institut National de la statistique et des études économiques. Age moyen des mères à l'accouchement, données annuelles de 1994 à 2021. Disponible sur :
https://www.insee.fr/fr/statistiques/2381390

INSEE (2022). Institut National de la statistique et des études économiques. Naissances hors mariage, données annuelles de 1994 à 2021. Disponible sur :
https://www.insee.fr/fr/statistiques/2381394

INSEE (2022). Institut National de la statistique et des études économiques. Démographie Nombre de naissances vivantes en France métropolitaine. Disponible sur :
https://www.insee.fr/fr/statistiques/serie/000436391

INSEE (2020). Institut National de la statistique et des études économiques. Niveau d'éducation de la population. Disponible sur :
https://www.insee.fr/fr/statistiques/4797586?sommaire=4928952

JORF (2021). Journal Officiel de la République Française. Décret n° 2021-574 du 10 mai 2021 relatif à l'allongement et à l'obligation de prise d'une partie du congé de paternité et d'accueil de l'enfant. NOR : SSAS2109370D. JORF n°0110 du 12 mai 2021. Texte n° 23.

JORF (2021). Journal Officiel de la République Française. Décret n° 2021-1526 du 26 novembre 2021 relatif aux maisons de naissance. NOR : SSAH2127618D, JORF n°0276 du 27 novembre 2021.

JORF (2019). Journal Officiel de la République Française. LOI n° 2019-1446 du 24 décembre 2019 de financement de la sécurité sociale pour 2020. NOR : CPAX1927098L. JORF n°0300 du 27 décembre 2019. Texte n°1 article 62.

JORF (2015). Journal Officiel de la République Française. Décret no 2015-937 du 30 juillet 2015 relatif aux conditions de l'expérimentation des maisons de naissance. NOR : AFSH1511616D, JORF n°0176 du 1 août 2015, Texte n° 19.

JORF (1998). Journal Officiel de la République Française. Décret no 98-900 du 9 octobre 1998 relatif aux conditions techniques de fonctionnement auxquelles doivent satisfaire les établissements de santé pour être autorisés à pratiquer les activités d'obstétrique, de néonatologie ou de réanimation néonatale et modifiant le code de la santé publique ; NOR : MESH9822606D, JORF n°235 du 10 octobre 1998.

Kassa H, et al. Risk Factors for Sleep-Related Infant Deaths in In-Home and Out-of-Home Settings. Pediatrics. 2016 Nov;138(5):e20161124. Erratum in: Pediatrics. 2018 Feb;141(2):e20173633.

Koopmans CM, et al. Induction of labour versus expectant monitoring for gestational hypertension or mild pre-eclampsia after 36 weeks' gestation (HYPITAT): a multicentre, open-label randomised controlled trial. Lancet. 2009 Sep 19;374(9694):979-988.

Lange S, et al. A comparison of the prevalence of prenatal alcohol exposure obtained via maternal self-reports versus meconium testing: a systematic literature review and meta-analysis. BMC Pregnancy Childbirth. 2014 Apr 3;14:127.

Le Ray C, et al. Impact of national guidelines on the cesarean delivery rate in France: a 2010 – 2016 comparison using the Robson classification. Eur J Obstet Gynec Reprod Biol. 2020 Sep; 252:359-365.

Le Ray C, et al. Stabilising the caesarean rate: which target population? BJOG. 2015 Apr; 122(5):690-9.

Le Ray C, et al. Robson classification: A tool for assessment of caesarean practices in France. J Gyn Obstet Gynec Biol Reprod. 2015 Sep; 44 (7):605-13. French.

Lesclingand M, et al. Estimation du nombre de femmes adultes ayant subi une mutilation génitale féminine vivant en France. Bull Epidémiol Hebd. 2019;(21):392-9.
Levis B, et al. Accuracy of the Edinburgh Postnatal Depression Scale (EPDS) for screening to detect major depression among pregnant and postpartum women: systematic review and meta-analysis of individual participant data. BMJ. 2020 Nov 11;371:m4022.

Maciel MNA, et al. Physical Violence During Pregnancy in France: Frequency and Impact on the Health of Expectant Mothers and New-Borns. Matern Child Health J. 2019 Aug;23(8):1108-1116.

Madar J, et al. European Resuscitation Council Guidelines 2021: Newborn resuscitation and support of transition of infants at birth. Resuscitation. 2021 Apr;161:291-326.

Maertens K, et al. Coverage of recommended vaccines during pregnancy in Flanders, Belgium. Fairly good but can we do better? Vaccine. 2018 May 3;36(19):2687-2693.

Maisonneuve E, et al. Risk factors for severe neonatal acidosis. Obstet Gynecol. 2011 Oct;118(4):818-23.

McIntyre HD, et al. Counterpoint: Establishing consensus in the diagnosis of GDM following the HAPO study. Curr Diab Rep. 2014 Jun;14(6):497.

Merrer J, et al. Predictors of incomplete maternal satisfaction with neuraxial labor analgesia: a nationwide study. Anaesth Crit Care Pain Med. 2021 Oct;40(5):100939.

Merrer J, et al. Determinants of the use of nonpharmacological analgesia for labor pain management: a national population-based study. Pain. 2020 Nov;161(11):2571-2580.

OFDT (2020). Observatoire français des drogues et des tendances addictives. Evolution de l'usage. Evolution de l'usage actuel de cannabis (au moins un usage au cours de l'année) parmi les 18-64 ans depuis 1992. Disponible sur :
https://www.ofdt.fr/statistiques-et-infographie/series-statistiques/cannabis-evolution-de-l-usage-au-cours-de-la-vie-parmi-les-18-44-ans

Ohlsson A, et al. NIDCAP: a systematic review and meta-analyses of randomized controlled trials. Pediatrics. 2013 Mar;131(3):e881-93.

Opatowski M, et al. New index of social deprivation during pregnancy: results from a national study in France. BMJ Open. 2016 Apr 5;6(4): e009511.

OMS (2014) Organisation Mondiale de la Santé. Déclaration de l'OMS sur les taux de césarienne. Disponible sur :
https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/161443/WHO_RHR_15.02_fre.pdf?sequence=1

Osborne RH, et al. The grounded psychometric development and initial validation of the Health Literacy Questionnaire (HLQ). BMC Public Health. 2013 Jul 16;13:658.

Pasquereau A, et al. Consommation de tabac parmi les adultes en 2020 : résultats du Baromètre de Santé publique France. Bull Epidémiol Hebd. 2021;(8):132-9.

Pilkington H, et al. Choice in maternity care: associations with unit supply, geographic accessibility and user characteristics. Int J Health Geogr. 2012 Aug 20;11:35.

Pilkington H, et al. Impact of maternity unit closures on access to obstetrical care: the French experience between 1998 and 2003. Soc Sci Med. 2008 Nov;67(10):1521-9.

Prunet C, et al. Medical care and perinatal health in twin pregnancies: situation in 2010 and recent trends in France. J Gynecol Obstet Biol Reprod. 2015 Feb;44(2):184-93. French.

Renaud-Charest O, et al. Onset and frequency of depression in post-COVID-19 syndrome: A systematic review. J Psychiatr Res. 2021 Dec;144:129-137.

Robson M, et al. Quality assurance: The 10-Group Classification System (Robson classification), induction of labor, and cesarean delivery. Int J Gynaecol Obstet. 2015 Oct;131 Suppl 1:S23-7.

Saurel-Cubizolles MJ, et al. Consommation d'alcool pendant la grossesse et santé périnatale en France en 2010. Bull Epidémiol Hebd. 2013; (16-17-18):180-5.

Sikias P, et al. Early-onset neonatal infection: assessment of professional practices in 14 maternity wards in the Île-de-France region in 2013. Arch Pediatr. 2015 Oct;22(10):1021-6. French.

Singata M, et al. Restricting oral fluid and food intake during labour. Cochrane Database Syst Rev. 2013 Aug 22;2013(8):CD003930.

SFN SFP (2017) Société Française de Néonatologie, Société Française de Pédiatrie. Recommandation de bonne pratique. Prise en charge du nouveau-né à risque d'infection néonatale bactérienne précoce (≥ 34 SA). Méthode Recommandations pour la pratique Clinique. Texte des recommandations. Disponible sur : https://www.sfpediatrie.com/sites/www.sfpediatrie.com/files/documents/label_has_recommandations_inbp.09.2017.pdf

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

Vigoureux S, et al. Occupational, social and medical characteristics of early prenatal leave in France. Eur J Publ Health. 2016 Dec;26(6):1022-1027.

Woody CA, et al. A systematic review and meta-regression of the prevalence and incidence of perinatal depression. J Affect Disord. 2017 Sep;219:86-92.

Zeitlin J, et al. Using Robson's Ten Group Classification System for comparing caesarean section rates in Europe: an analysis of routine data from the Euro-Peristat study. BJOG. 2021 Aug;128(9):1444-1453.

RÉPUBLIQUE FRANÇAISE
Liberté
Égalité
Fraternité

Santé publique France

Inserm
La science pour la santé
From science to health

© Inserm- octobre 2022 ; MAJ juin 2023- crédit photo : Shutterstock