

Octobre 2021

# SANTÉ DES MÈRES ET DES ENFANTS EN ÎLE-DE-FRANCE

Exploitation des premiers certificats de santé 2014-2016



## RAPPORT & ENQUÊTE





# SANTÉ DES MÈRES ET DES ENFANTS EN ÎLE-DE-FRANCE

## Exploitation des premiers certificats de santé 2014-2016

Octobre 2021

### Auteurs

Dr Bobette MATULONGA DIAKIESE (ORS Île-de-France)

Mme Marion CARAYOL (DPMI Paris)

Mme Maud HARANG (DPMI Seine-et-Marne)

Mme Amélie MARIER (DPMI Yvelines)

Dr Isabelle LENFANT (DPMI Yvelines)

Dr Marie MORON (DPMIS Essonne)

Mme Elise PEILLEX (DPMIS Essonne)

Dr Sophie DEHE (DPMI Hauts-de-Seine)

Dr Pedoute SENANEDJ (DPMI Seine-Saint-Denis)

Dr Isabelle BURESI (DPMI-PS du 94 – Val de Marne)

Dr Marie-Laure BARANNE (DPMI-PS du 94 – Val de Marne)

Dr Florence FORTIER (DPMI Val d'Oise)

Dr Jennifer ZEITLIN (Inserm)

Dr Catherine CRENN-HEBERT (ARS Île-de-France)

Dr Claudie MENGUY (Périnat-ARS-IDF)

### Etude collaborative

ORS Île-de-France, DPMI, Inserm, ARS Île-de-France

## Remerciements

Nous adressons nos remerciements à tous les professionnels des maternités, des services de néonatalogie, des services de protection maternelle et infantile franciliens sans lesquels ce travail ne serait rendu possible. Merci pour le recueil d'information, la transmission et le traitement informatique effectué en amont de ce travail.

Nos remerciements s'adressent également à Khadim Ndiaye, statisticien de l'Observatoire Régional de Santé Île-de-France pour le grand travail de data management effectué sur les données des certificats. Merci également à Christine Canet et à Isabelle Dubois, toutes deux de l'Observatoire Régional de santé pour la relecture de ce travail et à Christine particulièrement pour le travail fastidieux de mise en page.

Et merci à tous les autres membres du groupe de travail qui ont quitté leur fonction avant la finalisation du présent rapport. Nous pensons particulièrement au Dr François Hennequin et au Dr Yves-Marie Février.

## Suggestion de citation

Bobette Matulonga Diakiese, Marion Carayol, Maud Harang, Amélie Marier, Isabelle Lenfant, Marie Moron, Elise Peillex, Sophie Dehe, Pedoute Senanedj, Isabelle Buresi, Marie-Laure Baranne, Florence Fortier, Jennifer Zeitlin, Catherine Crenn-Hebert, Claudie Menguy. Santé des mères et des enfants en Île-de-France : exploitation des premiers certificats de santé 2014-2016. Paris : Observatoire régional de santé Île-de-France, 2021

Il peut être reproduit ou diffusé librement pour un usage personnel et non destiné à des fins commerciales ou pour des courtes citations.

Pour tout autre usage, il convient de demander l'autorisation auprès de l'ORS.

# RÉSUMÉ

## Contexte et objectifs

Le premier certificat de santé (PCS), établi dans les premiers jours, voire les premières heures de vie de l'enfant, constitue un bon moyen de repérage et de dépistage des situations à risque médico-psycho-social du nouveau-né. Les données recueillies contiennent des informations sur le déroulement de la grossesse et de l'accouchement, l'état de santé du nouveau-né ainsi que certaines pathologies et comportements à risque de la mère en cours de grossesse. Le présent rapport porte sur l'analyse des PCS franciliens.

## Méthodes

Les données des années 2014, 2015 et 2016 sont analysées à l'échelle régionale avec des comparaisons interdépartementales, et une perspective sur l'évolution des indicateurs au cours du temps.

## Résultats

Les certificats analysés couvrent 90 % des naissances franciliennes. On a observé une réduction du nombre de certificats traduisant une réduction de la natalité dans la région. L'âge des mères au moment de l'accouchement quant à lui ne cesse d'augmenter passant de 30,3 ans en 2010 à 31,1 ans en 2016. On a par ailleurs observé des disparités territoriales dans le suivi de grossesse notamment dans la date de déclaration de grossesse, le nombre d'échographie, la proportion des mères bénéficiant de la préparation à l'accouchement et à la parentalité.

Les données de morbidité maternelle montrent une forte augmentation de la prévalence des pathologies en cours de grossesse - particulièrement du diabète gestationnel - présentes pour une naissance sur dix en 2016 contre une sur vingt en 2010 ; avec des différences de cette prévalence entre les départements.

Les données du déroulement de l'accouchement montrent qu'un nouveau-né francilien sur quatre arrive au monde par césarienne. Le taux de prématurité est autour de 7 % dans la région et 75 % des mères primipares indiquent avoir l'intention d'allaiter.

## Conclusion

Le premier certificat de santé est une source d'information non négligeable en santé périnatale. Son taux d'exhaustivité et les informations qu'il renseigne sont d'une importance capitale pour le suivi épidémiologique de la santé périnatale.

Les résultats du présent rapport soulignent des inégalités territoriales de santé périnatale encore trop présentes dans la région. Les informations contenues dans les PCS pourraient être d'une grande richesse pour l'étude des disparités sociales de santé en périnatalogie si le recueil des données sociodémographiques était de meilleure qualité.



# SOMMAIRE

<b>1</b>	<b>INTRODUCTION.....</b>	<b>9</b>
<b>2</b>	<b>MATERIEL ET METHODES.....</b>	<b>11</b>
	2.1 Matériel.....	11
	2.2 Méthodes et analyses statistiques.....	12
<b>3</b>	<b>DONNEES SOCIODEMOGRAPHIQUES.....</b>	<b>15</b>
	3.1 Une réduction de la natalité en Île-de-France .....	15
	3.2 Un âge de la maternité qui ne cesse d'augmenter.....	16
	3.2.1 Âge des mères à l'accouchement.....	16
	3.2.2 Âge des mères primipares.....	18
<b>4</b>	<b>CARACTERISTIQUES DE LA GROSSESSE .....</b>	<b>19</b>
	4.1 Une plus grande parité des mères dans certains départements 19	
	4.2 Antécédents obstétricaux .....	20
	4.3 Nouveau-nés issus de grossesses multiples.....	22
<b>5</b>	<b>SUIVI DE LA GROSSESSE.....</b>	<b>23</b>
	5.1 Près de 5% de grossesses déclarées tardivement en Île-de- France.....	23
	5.2 Réalisation d'échographies recommandées.....	25
	5.2.1 En moyenne trois échographies de grossesse pour les naissances franciliennes.....	25
	5.2.2 5% de nouveau-nés issus d'une grossesse sans échographie de dépistage de la trisomie 21 .....	25
	5.2.3 Deux naissances pour mille issues d'une grossesse sans aucune échographie.....	27
	5.3 Encore trop peu de mères bénéficient d'une préparation à la naissance et à la parentalité.....	27
	5.4 Hépatite B : dépistage chez la mère et vaccination des nouveau-nés des mères testées positives .....	28
<b>6</b>	<b>MORBIDITE MATERNELLE .....</b>	<b>31</b>
	6.1 Une mère francilienne sur cinq présente une pathologie en cours de grossesse .....	31
	6.2 Forte augmentation de prévalence du diabète gestationnel, plus d'une naissance sur dix .....	33
	6.3 Une prévalence de l'hypertension en cours de grossesse sous- estimée avec les données PCS .....	33
<b>7</b>	<b>LE DEROULEMENT DE L'ACCOUCHEMENT .....</b>	<b>35</b>
	7.1 Présentation et travail d'accouchement .....	35
	7.2 Près d'un nouveau-né sur quatre naît par césarienne en Île-de- France.....	36
<b>8</b>	<b>CARACTERISTIQUES DES NOUVEAU-NES.....</b>	<b>41</b>
	8.1 Sept nouveau-nés sur cent naissent prématurément en Île-de- France.....	41
	8.2 Données anthropométriques du nouveau-né .....	42
	8.3 Transfert et mutation .....	44
<b>9</b>	<b>AUTRES INFORMATIONS.....</b>	<b>45</b>

<b>10</b>	<b>DISCUSSION.....</b>	<b>47</b>
<b>11</b>	<b>CONCLUSION ET PERSPECTIVES .....</b>	<b>49</b>
<b>12</b>	<b>REFERENCES .....</b>	<b>51</b>
<b>13</b>	<b>ANNEXES .....</b>	<b>53</b>

## LISTE DES FIGURES

Figure 1. Taux d'exhaustivité (%) des PCS par rapport au nombre de naissances domiciliées renseignées à l'état-civil .....	12
Figure 2. Nombre de PCS pour les naissance domiciliées, par département entre 2014 et 2016 .....	16
Figure 3. Âge des mères au moment de l'accouchement (toutes parités) pour l'année 2016 .....	17
Figure 4. Évolution de la moyenne d'âge des mères au premier accouchement (entre 2010 et 2016) .....	18
Figure 5. Part de nouveau-nés des mères ayant eu quatre accouchements ou plus (grandes multipares) .....	19
Figure 6. Part de PCS avec grossesses multiples en fonction de l'âge des femmes ....	22
Figure 7. Part de grossesses déclarées au deuxième ou troisième trimestre dans les départements franciliens entre 2014 et 2016 .....	24
Figure 8. .Distribution des grossesses en fonction du trimestre de déclaration en 2016 par département .....	24
Figure 9. Part de nouveau-nés issus d'une grossesse sans mesure échographique de la clarté nucale .....	26
Figure 10. Part de nouveau-nés issus d'une grossesse pour laquelle l'échographie morphologique n'a pas été réalisée .....	26
Figure 11. Évolution de la part de naissances issues d'une grossesse pour laquelle aucune échographie recommandée* n'a été réalisée .....	27
Figure 12. Part de nouveau-nés dont la mère primipare a suivi au moins une séance de préparation à la naissance (%).....	28
Figure 13. Taux de positivité à l'hépatite B chez les mères dans les départements franciliens entre 2014 et 2016 .....	29
Figure 14. Prise en charge des nouveau-nés nés des mères porteuses d'hépatite B dans les départements franciliens en 2016.....	30
Figure 15. Présence d'au moins une pathologie en cours de grossesse entre 2014 et 2016 .....	32
Figure 16. Contribution de chaque maladie dans les pathologies de la grossesse en 2016 .....	32
Figure 17. Évolution de la prévalence du diabète gestationnel entre 2010 et 2016 .....	32
Figure 18. Hypertension artérielle traitée et prééclampsie chez les mères en 2016 .....	34
Figure 19. Voie d'accouchement en 2016 – toutes les naissances (%) .....	36
Figure 20. Répartition de 10 groupes de la classification de Robson dans les départements franciliens .....	39
Figure 21. Taux de césarienne dans chacun des 10 groupes de la classification de Robson dans les départements franciliens .....	40
Figure 22. Prévalence de PCS mentionnant un poids de naissance > 4 000 grammes	43
Figure 23. Croissance fœtale selon la courbe poids/terme (Audipog <10 <sup>e</sup> P).....	43
Figure 24. Croissance fœtale selon la courbe poids/terme (Audipog <3 <sup>e</sup> P).....	43
Figure 25. Part de nouveau-né dont les mères ont l'intention d'allaiter.....	45



## LISTE DES TABLEAUX

Tableau 1. Proportion de données manquantes (%) pour les PCS 2016 .....	13
Tableau 2. Nombre de naissance vivantes, domiciliées, à partir des données de l'état civil .....	15
Tableau 3. Distribution de l'âge des mères (%) au moment de l'accouchement par département en 2016 .....	17
Tableau 4. Parité des mères ayant accouché entre 2014 et 2016.....	20
Tableau 5. Antécédents de césariennes entre 2014 et 2016 par département* .....	20
Tableau 6. Antécédents de prématurité, d'hypotrophie et de mortalité néonatale* .....	21
Tableau 7. Part de grossesses multiples .....	22
Tableau 8. Répartition du nombre d'échographies réalisées au cours de la grossesse pour les naissances franciliennes en 2016 (%) .....	25
Tableau 9. Part des nouveau-nés dont la mère (quelle que soit sa parité) a réalisé au moins une séance de préparation à la naissance (%) .....	28
Tableau 10. Évolution du dépistage de l'hépatite B pour les naissances franciliennes .	29
Tableau 11. Prévalence du diabète gestationnel selon les données des PCS et du PMSI* de 2010 à 2016.....	33
Tableau 12. Évolution de la prévalence des naissances avec mention Hypertension artérielle traitée chez la mère selon les données des PCS .....	34
Tableau 13. Analgésie§ chez les mères pour les nouveau-nés nés par voie basse.....	35
Tableau 14. Mode de début de travail d'accouchement des nouveau-nés franciliens...	36
Tableau 15. Taux de césariennes suivant les données du PMSI et des PCS en 2016 .	37
Tableau 16. Taux de césariennes (%) suivant certaines caractéristiques fœtales ou maternelles en 2016 .....	37
Tableau 17. Mode d'accouchement (césarienne vs voies basses) en 2016 pour les naissances à haut risque (groupes 5 à 10) suivant la classification de Robson .....	39
Tableau 18. Voies d'accouchement pour les naissances à haut risque (%), après exclusion des PCS des nouveau-nés issus de grossesses multiples.....	40
Tableau 19. Prévalence de la prématurité (<37 semaines d'aménorrhée) suivant les PCS et le PMSI.....	41
Tableau 20. Prévalence de la grande prématurité (<33 semaines d'aménorrhée) suivant les données PCS et le PMSI .....	42
Tableau 21. Faible poids de naissances (<2500gr).....	42
Tableau 22. Transfert du nouveau-né (dont prématuré).....	44



# 1 | INTRODUCTION

En France, la loi du 15 juillet 1970 a mis en place vingt examens systématiques et obligatoires entre 0 et 6 ans. Parmi ces examens trois font l'objet d'établissement d'un certificat dit certificat de santé de l'enfant (CSE).

Il s'agit :

- du premier certificat de santé (PCS) anciennement appelé certificat du huitième jour (CS8), établi lors de l'examen préventif obligatoire effectué dans les huit jours suivant la naissance (1). Les informations recueillies dans le PCS ont évolué dans le temps. La dernière version du PCS mis à jour en avril 2018 inclut par exemple les données relatives à la couverture sociale de la mère, le recueil du poids et de la taille de la mère, ce qui n'est pas le cas du modèle utilisé pour les données analysées dans le présent rapport. La version du PCS utilisée pour ce document et la dernière version actualisée sont reprises en annexe 1 et 2.
- du certificat de santé du neuvième mois (CS9)
- du certificat du vingt-quatrième mois (CS24).

Ce dispositif permet au pays de se doter d'un système de repérage et de dépistage des situations à risque médico-psycho-social chez l'enfant. Ces certificats de santé de l'enfant sont remplis par le médecin et adressés au service de Protection maternelle et infantile (PMI) du département de domiciliation des parents (2). En effet, l'objectif des CSE est double. D'une part, sur le plan individuel, ils permettent, sous la responsabilité du médecin départemental de la PMI, de proposer aux familles un éventuel accompagnement personnalisé comme des visites à domicile, des informations de suivi, soutien, etc. D'autre part, sur le plan de la santé publique, ils permettent un suivi épidémiologique des données de santé de l'enfant dès la naissance, par les conseils départementaux, les agences régionales de santé (ARS) et le ministère de la Santé, etc.

Le PCS est le certificat le mieux renseigné des trois avec une exhaustivité (par rapport au nombre de naissance enregistré à l'état civil) qui s'approche de 71 % au niveau national (3) et 90 % en Île-de-France. Le PCS est rempli au cours du séjour en maternité et comporte une partie administrative et une partie médicale. Sur la partie administrative se trouvent des renseignements sur les parents et la partie médicale recueille des informations sur l'évolution de la grossesse, le déroulement de l'accouchement, l'état de santé de l'enfant à la naissance et durant les premiers jours.

Depuis 2004 un circuit permettant de recueillir les données individuelles anonymisées relatives à chacun des CSE a été mis en place (4). Pour le PCS, une fois rempli, il est adressé au médecin de PMI du lieu de domicile de la mère. Après anonymisation, les PCS permettent de constituer une base de données épidémiologiques qui est exploitée notamment au niveau national par la DREES et en Île-de-France par l'ORS Île-de-France. En effet, en Île-de-France, une convention a été signée entre l'Agence régionale de santé, les huit conseils départementaux de la région, l'Inserm et l'Observatoire régional de santé (ORS) Île-de-France. Il a ainsi été confié à l'ORS Île-de-France le traitement et l'analyse des premiers certificats de santé, mis à disposition par les huit services de PMI. Un groupe de travail constitué de l'ORS Île-de-France, des représentants des PMI des huit conseils départementaux, de l'ARS et de l'Inserm participe à ces travaux. La dernière publication des données des PCS est parue en 2016 et portait sur les données 2013. Le présent rapport porte sur les données 2014 à 2016.



## 2 | MATÉRIEL ET MÉTHODES

### 2.1 Matériel

Chaque service de PMI départemental constitue une base annuelle en recueillant au fil du temps les certificats des enfants dont les mères habitent le département (données domiciliées) quel que soit le département où s'est déroulé l'accouchement. En Île-de-France, une fois la base départementale constituée et stabilisée, les représentants de service de PMI les transmettent à l'ORS Île-de-France. C'est au niveau de l'ORS que les bases départementales sont fusionnées pour constituer une base annuelle régionale. Grâce à la convention signée entre les parties, les variables à transmettre sont bien définies. L'ORS Ile-de-France effectue ensuite un travail de data management pour obtenir une base régionale propre.

Pour rappel, le présent rapport porte sur les PCS de 2014 à 2016. Les données du PCS portent sur la santé des nouveau-nés jusqu'à la sortie de maternité, mais comportent également des informations sur le déroulement de la grossesse, quelques pathologies de la grossesse, le déroulement de l'accouchement ainsi que des informations sur la situation socio-économique des parents (cf annexe 1). Cependant, certaines variables sont inexploitable en raison de l'ampleur de données manquantes (Tableau 1), il s'agit notamment des données relatives à la situation socioéconomiques des parents.

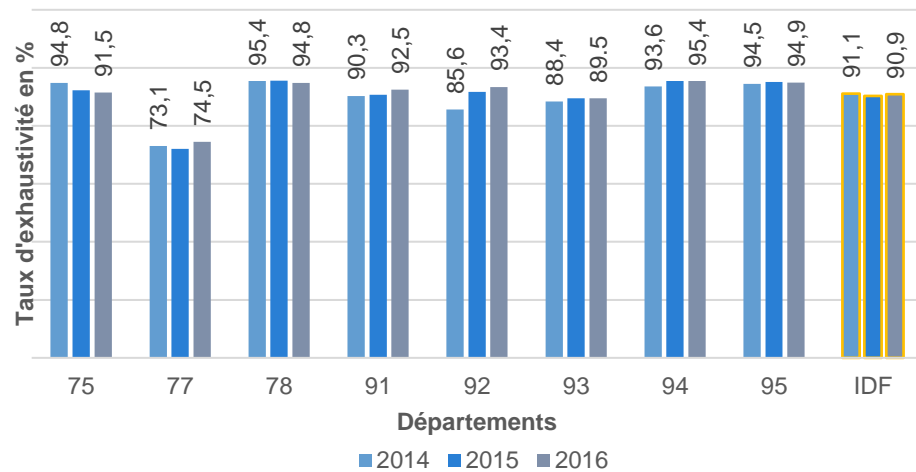
Dans le cadre de ce travail les variables exploitées sont réparties en sept thématiques :

- Les données sociodémographiques : le nombre de certificats transmis aux départements et l'âge de la mère ;
- Les caractéristiques de la grossesse : parité, antécédents obstétricaux, nombre de fœtus ;
- Le suivi de la grossesse : trimestre de la déclaration de la grossesse, réalisation d'examen obligatoire (échographie, dépistage hépatite), préparation à la naissance et à la parentalité ;
- La morbidité maternelle : pathologies de la grossesse (diabète, hypertension artérielle, pré éclampsie, etc.) ;
- Le déroulement de l'accouchement : travail d'accouchement, voies d'accouchement ; l'analgésie
- L'état de santé du nouveau-né à la naissance ;
- L'intention d'allaiter.

## 2.2 Méthodes et analyses statistiques

Tous les indicateurs sont calculés par année et par département de résidence de la mère. Les analyses ont une visée descriptive et sont effectuées dans une perspective régionale avec des comparaisons entre les départements. Les statistiques publiées sont directement élaborées à partir des fichiers des PCS remontés par les différents départements, aucun échantillonnage, aucune imputation en cas de non réponse, aucun redressement n'est réalisé sur ces données. Afin de se rendre compte de la part de non réponse, le tableau 1 reprend pour chaque indicateur, la part des données manquantes au niveau départemental et régional. Le taux d'exhaustivité des PCS est calculé en comparant le nombre des PCS pour les naissances domiciliées au nombre de naissances domiciliées renseignées à l'état civil pour le même département (Figure 1). Les données de l'état civil traitées par l'Insee sont également exploitées pour décrire l'évolution des naissances sur cinq ans (entre 2014 et 2019).

**Figure 1. Taux d'exhaustivité (%) des PCS par rapport au nombre de naissances domiciliées renseignées à l'état-civil**



Sources : PCS, PMI - Exploitation ORS-IDF

Pour certains indicateurs, les données des PCS sont comparées à celles issues du Programme de médicalisation des systèmes d'information (PMSI). Les données PMSI n'ont pas été extraites directement par l'ORS, mais sont issues de la publication du rapport Périnat-ARS-IF publié en 2017 et portant sur les données 2016 (5). Certaines autres comparaisons sont effectuées avec les données de l'enquête nationale périnatale (ENP) dont la dernière date de 2016 (6). Il convient cependant de savoir que pour les PCS, chaque certificat correspond à une naissance et donc pour les grossesses multiples on a autant de certificats qu'il y a de nouveau-nés et les informations de la mère sont également comptabilisées autant de fois (une mère diabétique est par exemple comptabilisée deux fois si elle a eu des jumeaux car ces informations sont reprises dans deux certificats différents). Aussi, pour pallier ce biais, pour la comparaison interdépartementale de certains indicateurs, comme le taux de césarienne, le diabète gestationnel et l'âge des mères, des analyses de sensibilité ont été effectuées en excluant les grossesses multiples.

Les indicateurs sont présentés sous forme de moyenne pour les données quantitatives (âge de la mère, nombre d'échographie, etc.) et de pourcentage pour les variables qualitatives. Les données manquantes sont exclues de l'analyse. De manière générale, les indicateurs ayant plus de 15 % de données manquantes n'ont pas été exploités. Exceptionnellement certains indicateurs comme les antécédents obstétricaux sont présentés en prenant des précautions dans l'interprétation.

Tableau 1. Proportion de données manquantes (%) pour les PCS 2016

Indicateurs	75	77	78	91	92	93	94	95	IDF
<b>Données médicales</b>									
Parité	2,9	0,9	0,2	0,4	0,2	1,4	1,9	0,4	1,2
ATCD césarienne¥	7,9	8,4	1,0	3,9	2,3	5,9	8,4	5,8	5,4
ATCD mortalité¥	48,6	16,5	23,5	20,3	4,4	30,9	21,7	31,7	25,5
ATCD prématurité¥	41,3	15,8	22,3	18,9	3,6	27,3	20,8	29,5	23,0
ATDC hypotrophie¥	54,5	16,1	23,2	20,0	4,7	31,0	22,0	31,9	26,3
Tabac*	49,2	13,9	21,6	23,0	4,9	36,5	28,4	32,4	27,7
Alcool*	49,3	13,7	20,9	23,0	5,1	36,7	28,5	32,5	27,7
Date 1 <sup>ère</sup> consultation	8,0	6,0	4,5	2,4	0,9	4,8	1,9	7,2	4,5
Nombre totale d'échographies	6,2	1,6	7,5	2,7	0,2	7,0	5,6	6,2	4,8
Recherche clarté nucale	6,9	3,2	3,6	1,4	1,0	3,7	3,1	4,2	3,5
Échographie morphologique	6,8	2,9	4,1	1,5	1,0	3,7	3,0	4,3	3,6
Préparation naissance	19,5	15,4	18,6	15,7	10,2	21,0	27,4	22,4	18,9
Pathologies de grossesse	5,6	7,2	8,5	3,7	1,7	9,0	2,5	6,3	5,6
HTA traitée	19,0	15,4	16,7	12,9	5,5	21,1	13,4	17,9	15,5
Diabète gestationnel	12,9	12,0	13,0	9,4	3,9	15,7	8,1	12,8	11,1
Pré éclampsie	18,8	15,9	16,7	13,2	5,3	20,8	13,2	18,3	15,5
Présentation fœtale	1,7	2,0	0,5	0,8	0,3	2,1	0,9	2,0	1,3
Mode début de travail	2,1	4,2	0,8	1,9	0,7	3,6	1,6	4,9	2,4
Voie d'accouchement	3,7	1,1	0,2	1,6	0,9	4,0	2,6	4,0	2,4
Péridurale§	17,9	16,1	0	0	0	0	0	0	4,2
Motif césarienne	16,6	1,4	14,1	12,7	27,4	15,9	16,5	18,4	16,0
Age gestationnel	0	1,1	0,2	1,0	0,0	1,3	0,9	0,06	0,6
Poids naissance	0,01	0,06	0,18	0,16	0,01	0,53	0,21	0,05	0,21
Dépistage Hépatite B	3,3	3,3	2,7	1,6	0,5	0,7	2,4	0,8	2,4
Vaccin hépatite¥	0,9	13,8	15,8	7,0	1,6	28,8	20,4	15,0	14,8
Transfert mutation	3,0	19,0	12,5	11,2	4,8	16,1	18,4	16,8	12,1
Intention d'allaiter	5,0	12,4	7,1	5,6	1,5	16,1	12,3	12,9	11,6
<b>Données sociodémographiques</b>									
Age mère	3,5	1,3	0,5	3,5	0,02	8,6	1,3	0,8	2,7
Niveau étude mère*	46,9	46,9	18,9	37,7	16,4	75,4	51,1	43,1	43,3
Profession mère*	43,2	51,4	31,2	42,2	24,1	78,0	48,6	49,9	46,9
Profession père*	38,2	45,1	21,8	31,3	16,5	66,7	48,9	41,3	39,5

¥ proportion calculée uniquement chez les multipares

\*Items non analysés en raison de données manquantes.

ND : données non disponibles ou non exploitées

§ uniquement chez les mères ayant accouché par voies basse

¥injection d'Ig ou Vaccin pour les mères testées positives à l'hépatite B

Sources : PCS, PMI, Insee - Exploitation ORS-IDF





## 3 | DONNEES SOCIODEMOGRAPHIQUES

### LES POINTS ESSENTIELS

- > Les données montrent une baisse continue de la natalité de l'ordre de 5 % constatée dans les huit départements de la région ;
- > Il est observé une augmentation continue de l'âge des mères, particulièrement des mères primipares avec un âge moyen au premier accouchement qui approche la trentaine,
- > Les données montrent une tendance générale à la baisse de la part des naissances chez les mineures ;

### 3.1 Une réduction de la natalité en Île-de-France

En France, les naissances sont renseignées à partir du fichier annuel des naissances qui est le résultat de l'exploitation par l'Insee des bulletins d'état civil envoyés par les mairies ayant enregistré des naissances et ce dans toutes les communes françaises. Cette source administrative permet de comptabiliser et d'étudier les naissances selon divers critères sociodémographiques. Le nombre de certificats de santé pour les naissances domiciliées dans chacun des huit départements franciliens a été comparé à ce fichier de l'état civil afin d'estimer le taux d'exhaustivité des PCS en Île-de-France. Les données de l'état civil montrent que le nombre de naissances vivantes, domiciliées en Île-de-France ne cesse de baisser, il est passé de 182 719 en 2014 à 177 983 en 2016 et 173 892 en 2019 soit une réduction de la natalité de l'ordre de 4,8 % en cinq ans (Tableau 2). Cette réduction est observée dans quasiment tous les départements mais à des proportions différentes. Dans les Hauts-de-Seine, la réduction de la natalité atteint presque 10 % alors que dans le Val-d'Oise on observe une légère augmentation. Par ailleurs, la Seine-Saint-Denis est le département qui a compté le plus grand nombre de naissances au cours des cinq dernières années (2014 à 2019), suivi de près par Paris alors que l'Essonne en a compté le moins (Tableau 2).

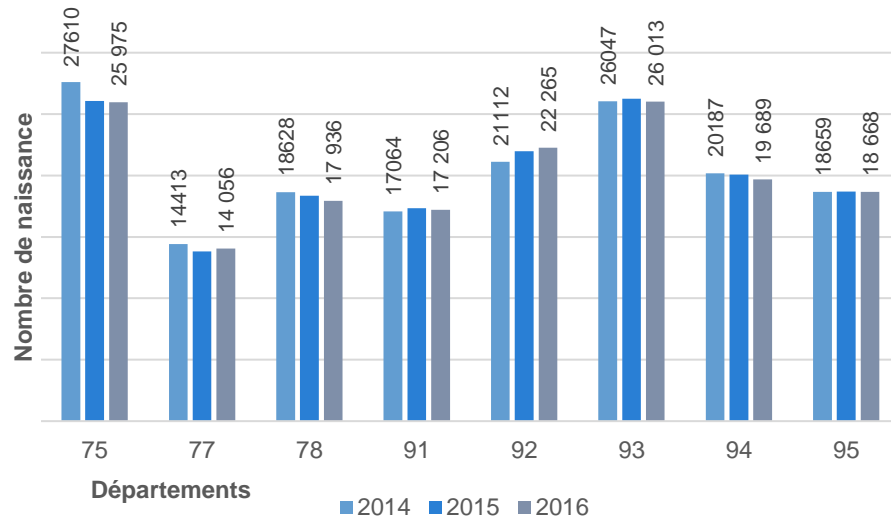
**Tableau 2 . Nombre de naissance vivantes, domiciliées, à partir des données de l'état civil**

Départements	2014	2016	2019	Évolution 2019 vs 2014 (%)
75	29 134	28 384	27 373	-6.0
77	19 708	18 868	18 585	-5.7
78	19 525	18 918	18 550	-5.0
91	18 903	18 603	18 520	-2.0
92	24 675	23 830	22 251	-9.8
93	29 471	29 065	28 456	-3.4
94	21 566	20 639	20 399	-5.4
95	19 737	19 676	19 758	0.1
<b>IDF</b>	<b>182 719</b>	<b>177 983</b>	<b>173 892</b>	<b>-4.8</b>

Source : Insee

Parallèlement à la réduction du nombre de naissance, on observe une diminution du nombre de PCS reçus par les départements (Figure 2). En 2016, 161 808 PCS ont été comptabilisés pour 177 983 naissances vivantes domiciliées en Île-de-France, soit une exhaustivité de 90,9 % (Figure 1). Ce taux d'exhaustivité est resté plus ou moins stable dans les différents départements d'Île-de-France sauf dans les Hauts-de-Seine où on a observé une nette amélioration (85,6 % en 2014 et 93,4 % en 2016). La Seine-et-Marne a le taux d'exhaustivité le plus bas avec seulement 14 056 PCS renseignés pour 18 868 naissances domiciliées en 2016 soit 74,5 % d'exhaustivité (Figure 1).

**Figure 2. Nombre de PCS pour les naissance domiciliées, par département entre 2014 et 2016**



Sources : PCS, PMI - Exploitation ORS-IDF

## 3.2 Un âge de la maternité qui ne cesse d'augmenter

### 3.2.1 Âge des mères à l'accouchement

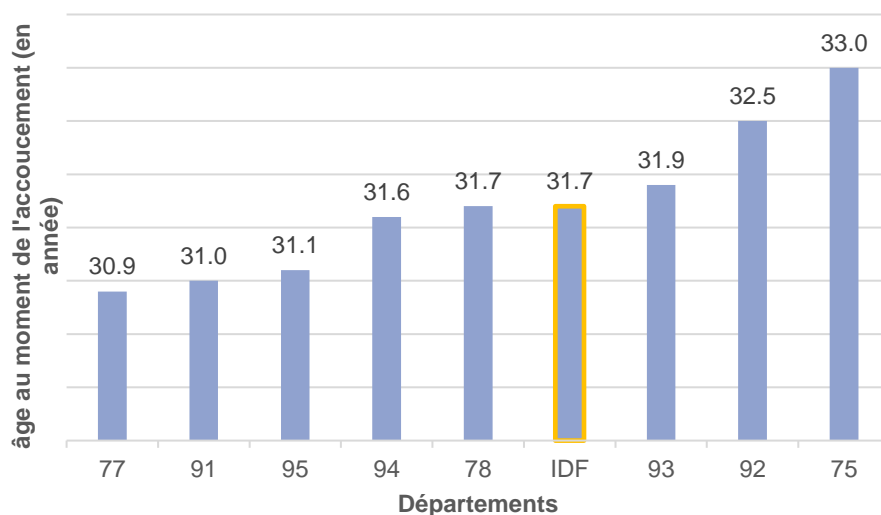
Les données des PCS montrent qu'en Île-de-France, l'âge moyen des mères au moment de l'accouchement (toute parité confondue), est passé de 31,5 ans en 2014 à 31,7 ans en 2016. L'analyse de sensibilité, après exclusion des PCS des nouveau-nés issus des grossesses multiples, ne montre pas de différence significative de la moyenne d'âge au moment de l'accouchement (31,6 ans en 2016 en Île-de-France).

L'âge moyen des mères franciliennes, calculé avec les données PCS, est supérieur à celui rapporté dans le PMSI (31,1 ans). Cependant, quelle que soit la source des données, la moyenne d'âge des mères franciliennes reste supérieure à celle observée au niveau national (soit 30,5 ans en 2016 en France métropolitaine) (7). Par ailleurs, on observe une augmentation continue de l'âge des mères en Île-de-France comme dans le reste du pays. Les données du PMSI montrent que l'âge moyen au moment de l'accouchement est passé de 30,3 ans à 31,1 ans entre 2010 et 2016 en Île-de-France (5) et de 29,9 ans à 30,4 ans au cours de la même période au niveau national (8, 9)

Les comparaisons au niveau départemental montrent que l'âge des mères au moment de l'accouchement est le plus élevé à Paris (33 ans en 2016), suivi par les Hauts-de-Seine. L'âge le moins élevé s'observe en Seine-et-Marne (Figure 3). C'est également à Paris que la part des nouveau-nés des mères de plus de 35 ans est la plus élevée ; en 2016, près de quatre naissances parisiennes sur dix s'observent chez les mères de plus de 35 ans et près d'une naissance sur dix chez les 40 ans et plus (Tableau 4). Dans la région, on relève en moyenne trois naissances sur dix chez les mères de 35 ans ou plus (Tableau 4), une proportion supérieure à la moyenne nationale (21,3 % de naissances chez les plus de 35 ans et 4 % chez les plus de 40 ans en 2016) (6).

Les données PCS montrent une tendance générale à la baisse de la part des naissances chez les mères mineures dans la région, soit 0,21 % en 2014 vs 0,18 % en 2016 (Tableau 3), des chiffres qui restent cependant inférieurs à ceux rapportés dans le PMSI (0,28)(5). La part des mères mineures d'Île-de-France est inférieure à la moyenne nationale (0,43 % en France métropolitaine) (5).

**Figure 3. Âge des mères au moment de l'accouchement (toutes parités) pour l'année 2016**



Sources : PCS, PMI - Exploitation : ORS-IDF

**Tableau 3. Distribution de l'âge des mères (%) au moment de l'accouchement par département en 2016**

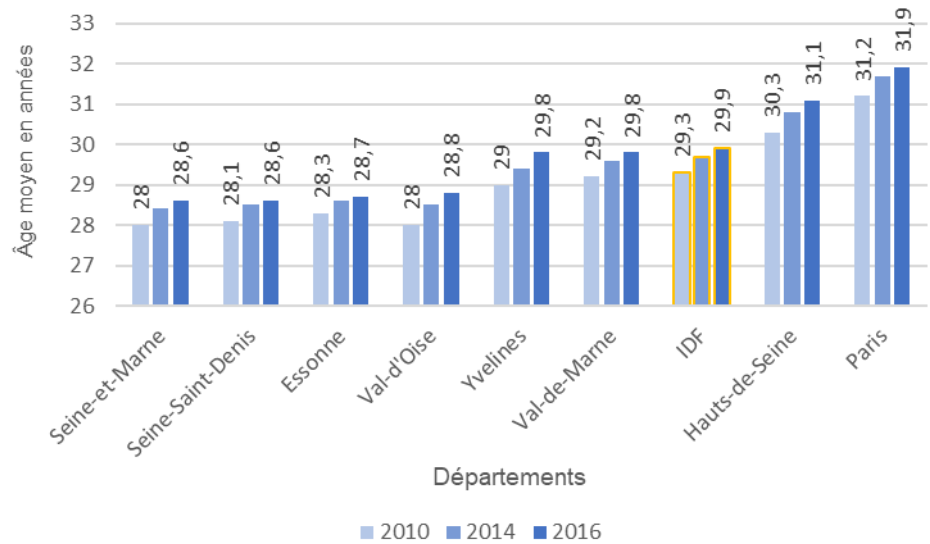
	20 ans (dont < 18 ans)		20-34 ans		35-39 ans		40 ans et plus	
	PCS	PMSI	PCS	PMSI	PCS	PMSI	PCS	PMSI
<b>75</b>	0,43 (0,06)	0,7 (0,14)	61,5	65,3	28,5	25,9	9,6	8,0
<b>77</b>	1,05 (0,22)	1,6 (0,42)	73,7	76,4	19,6	17,8	5,3	4,2
<b>78</b>	0,55 (0,12)	0,9 (0,16)	69,7	72,7	23,2	21,1	6,6	5,5
<b>91</b>	1,05 (0,25)	1,5 (0,35)	73,4	76,0	19,9	18,0	5,6	4,5
<b>92</b>	0,44 (0,10)	0,61 (0,15)	65,8	69,2	25,9	23,7	7,8	6,5
<b>93</b>	1,30 (0,35)	1,7 (0,43)	72,2	74,5	20,1	18,5	6,4	5,2
<b>94</b>	0,75 (0,20)	1,1 (0,29)	70,0	73,0	22,5	20,5	6,8	5,5
<b>95</b>	0,86 (0,21)	1,31 (0,27)	73,4	76,1	19,9	17,9	5,8	4,7
<b>IDF</b>	<b>0,79 (0,18)</b>	<b>1,16 (0,28)</b>	<b>69,4</b>	<b>72,5</b>	<b>22,8</b>	<b>20,7</b>	<b>6,9</b>	<b>5,6</b>

Sources : PCS, PMI, exploitation : ORS IDF

### 3.2.2 Âge des mères primipares

Les données PCS montrent également une augmentation continue de l'âge des mères au premier accouchement, avec une moyenne d'âge des mères primipares qui est passée de 29,3 ans en 2010 à 29,9 ans en 2016. Cette augmentation de l'âge des primipares est observée dans tous les départements avec des disparités à l'échelle infrarégionale. L'âge moyen des primipares est le plus élevé à Paris (31,9 ans) et dépasse la trentaine dans les Hauts-de-Seine (31,1 ans) (Figure 4).

**Figure 4. Évolution de la moyenne d'âge des mères au premier accouchement (entre 2010 et 2016)**



Sources : PCS, PMI - Exploitation : ORS IDF

## 4 | CARACTERISTIQUES DE LA GROSSESSE

### LES POINTS ESSENTIELS

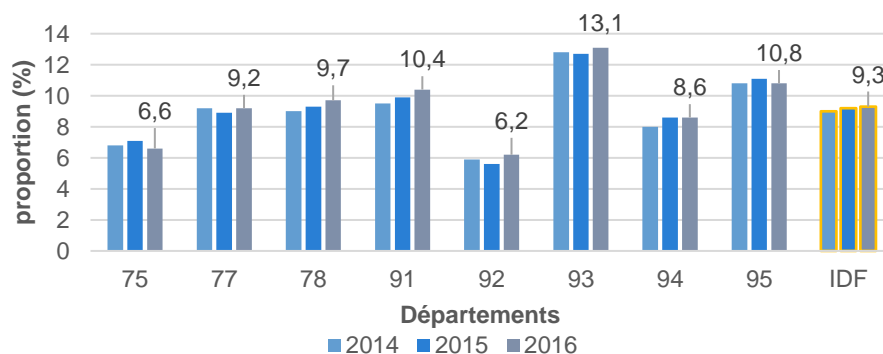
- > En Île-de-France, la parité moyenne est autour de deux enfants, avec des écarts selon les départements, plus élevée en Seine-Saint-Denis et plus faible à Paris ;
- > Les antécédents de prématurité sont de l'ordre de 8 % en 2016 mais ont une tendance à l'augmentation et très variables selon les départements ;
- > Les antécédents d'hypotrophie (poids de naissance < 2 500 grammes) sont également de l'ordre de 8% avec une évolution très variable aussi selon les départements ;

### 4.1 Une plus grande parité des mères dans certains départements

Les données des premiers certificats de santé montrent qu'en Île-de-France, la parité moyenne est autour de deux (Tableau 4), avec une moyenne un peu plus élevée en Seine-Saint-Denis et plus faible à Paris. Cette parité moyenne a peu évolué au cours des trois années d'étude. En 2016, plus de quatre PCS sur dix (41,6 %) concernaient les nouveau-nés des mères qui accouchaient pour la première fois (primipares), une proportion proche de la moyenne nationale de 42,2 % (6).

À l'échelle infrarégionale, la part d'enfants nés des mères primipares était plus importante à Paris où plus d'une naissance sur deux s'observait chez les primipares contre 37 % en Seine-Saint-Denis et dans le Val-d'Oise. Dans la région, un peu plus d'un pourcent de nouveau-né était né d'une mère primipare âgée (c.à.d. 40 ans ou plus au moment du premier accouchement). La comparaison à l'échelle infrarégionale montre que la part de nouveau-nés de primipares âgées variait du simple au triple dans la région. Par ailleurs, en Seine-Saint-Denis, 13 % des PCS concernaient les enfants nés de mères ayant eu quatre accouchements ou plus (grandes multipares) (Figure 5), un pourcentage deux fois moins élevé dans les Hauts-de-Seine.

**Figure 5. Part de nouveau-nés des mères ayant eu quatre accouchements ou plus (grandes multipares)**



Sources : PCS, PMI - Exploitation : ORS IDF

Tableau 4. Parité des mères ayant accouché entre 2014 et 2016

	2014			2016		
	Parité moyenne	% primipares	% primipares âgées*	Parité moyenne	% primipares	% primipares âgées*
75	1,79	50,6	3,4	1,79	50,6	3,3
77	1,99	39,8	1,0	2,02	39,4	0,9
78	1,99	39,7	1,2	2,03	38,3	1,4
91	2,01	39,3	1,2	2,05	38,5	1,0
92	1,81	46,3	1,9	1,83	45,8	2,2
93	2,15	37,5	1,1	2,16	37,1	1,1
94	1,92	43,5	1,6	1,95	42,4	1,5
95	2,07	37,9	0,9	2,07	37,8	1,0
<b>IDF</b>	<b>1,97</b>	<b>42,2</b>	<b>1,6</b>	<b>1,99</b>	<b>41,6</b>	<b>1,6</b>

Légende : \*primipare âgée : âge de la mère au premier accouchement ≥40 ans

Sources : PCS, PMI, Exploitation : ORS IDF

## 4.2 Antécédents obstétricaux

Les antécédents de césariennes sont bien renseignés dans le fichier PCS (5,5 % des données manquantes) contrairement aux autres antécédents. Pour l'ensemble des PCS de 2016, 25 % des données étaient manquantes sur les antécédents de mortinatalité, 23 % pour la prématurité et 26 % pour les antécédents d'hypotrophie. L'exploitation des données disponibles montre qu'en 2016, un peu plus d'un nouveau-né francilien sur cinq est né d'une mère ayant au moins un antécédent de césarienne, un pourcentage en légère augmentation si on compare les données 2014 et 2016 (Tableau 5). Cette proportion, calculée uniquement pour les PCS des mères multipares, est proche de celle observée au niveau national lors de l'enquête nationale périnatale de 2016 où 19,8 % des femmes ont rapporté un antécédent d'au moins une césarienne en 2016 (6). L'analyse de cet indicateur au niveau infrarégional montre que les antécédents de césariennes sont plus fréquents dans le Val-d'Oise et moindre dans les Hauts-de-Seine (Tableau 5).

Deux enfants sur cent sont nés de mères multipares rapportant un antécédent de mortinatalité, une proportion stable dans la région au cours des trois années d'étude, avec des différences territoriales allant de 1,5 % dans les Hauts-de-Seine à 4 % à Paris (Tableau 6). Cette comparaison doit être interprétée avec précaution en raison de la proportion élevée de données manquantes (25 % au niveau régional en 2016 ; Tableau 1). En France métropolitaine, 0,9 % des femmes rapportaient un antécédent de mortinatalité en 2016 (6).

Tableau 5. Antécédents de césariennes entre 2014 et 2016 par département\*

	Antécédents d'au moins une césarienne (%)		
	2014	2015	2016
75	20,6	20,0	19,9
77	20,5	21,6	22,1
78	19,7	21,3	19,6
91	20,9	21,4	21,3
92	18,5	17,5	16,5
93	21,7	21,4	22,1
94	21,7	21,0	20,6
95	22,5	23,2	22,5
<b>IDF</b>	<b>20,8</b>	<b>20,9</b>	<b>20,6</b>

\*chez les multipares uniquement

Sources : PCS, PMI - Exploitation : ORS IDF

Les antécédents de prématurité (naissance avant 37 semaines) étaient rapportés dans 8,4 % des PCS en 2016, une proportion en augmentation comparée aux années précédentes et très variable en fonction du lieu de résidence de la mère allant pour 2016 de 5,6 % dans les Hauts-de-Seine à 11 % en Seine-Saint-Denis (Tableau 6). Comparées aux données nationales, les données franciliennes sont du même ordre de grandeur (6,5 % des femmes avaient au moins un antécédent de naissance prématurée lors de l'enquête nationale périnatale de 2016) (6).

En 2016, les antécédents d'hypotrophie (naissance de moins de 2 500 grammes) étaient rapportés dans 8 % des certificats en Île-de-France, une proportion inférieure à celle observée en France métropolitaine à la même période soit 6,9 % dans l'ENP (6). L'analyse infrarégionale montre que c'est dans les Hauts-de-Seine que l'antécédent d'hypotrophie est le moins fréquent dans la région (Tableau 6). L'évolution au cours des trois années d'observation est très variable selon les départements et plus ou moins stable au niveau régional.

Les autres antécédents et comportements maternels durant la grossesse (tels que la consommation d'alcool de tabac) étaient mal renseignés avec plus de 35 % des données manquantes pour certains indicateurs, rendant leur exploitation difficile.

**Tableau 6. Antécédents de prématurité, d'hypotrophie et de mortalité néonatale\***

	Antécédent de prématurité (%)			Antécédent d'hypotrophie (%)			Antécédent d'au moins un mort-né (%)		
	2014	2015	2016	2014	2015	2016	2014	2015	2016
75	7,4	8,1	10,4	7,7	8,1	11,1	2,7	3,0	4,0
77	8,0	8,1	8,2	8,0	7,7	8,1	2,8	2,7	2,6
78	6,9	6,6	8,5	6,7	6,4	8,2	2,3	2,2	2,7
91	11,0	11,5	7,9	11,1	11,3	8,2	3,8	4,1	2,7
92	6,4	6,3	5,6	4,9	5,1	4,5	1,8	1,8	1,5
93	9,0	9,1	11,0	8,5	8,7	9,8	3,3	3,6	3,5
94	8,2	8,0	8,3	7,4	7,8	7,7	2,6	2,7	2,9
95	6,5	9,4	7,8	6,0	9,9	8,0	2,5	4,0	3,4
<b>IDF</b>	<b>7,7</b>	<b>8,2</b>	<b>8,4</b>	<b>7,3</b>	<b>7,9</b>	<b>8,0</b>	<b>2,7</b>	<b>3,0</b>	<b>2,8</b>

\*chez les mères multipares uniquement

Sources : PCS, PMI - Exploitation : IDF

### 4.3 Nouveau-nés issus de grossesses multiples

En 2016, 3,7 % de PCS concernaient une grossesse avec plus d'un fœtus (Tableau 7). Ce pourcentage était variable suivant les départements allant de 3,2 % dans les Hauts-de-Seine à 4,5 % à Paris. La part de certificats mentionnant plus de deux fœtus était d'environ une naissance pour mille dans la région (Tableau 7). Par ailleurs, on observe que la proportion des nouveau-nés issus de grossesses gémellaires augmente avec l'âge des mères. En Île-de-France, seul 1,9 % des PCS concernait les grossesses gémellaires chez les mères de moins de 20 ans contre 4,7 % chez les mères de 35 ans et plus (Figure 6).

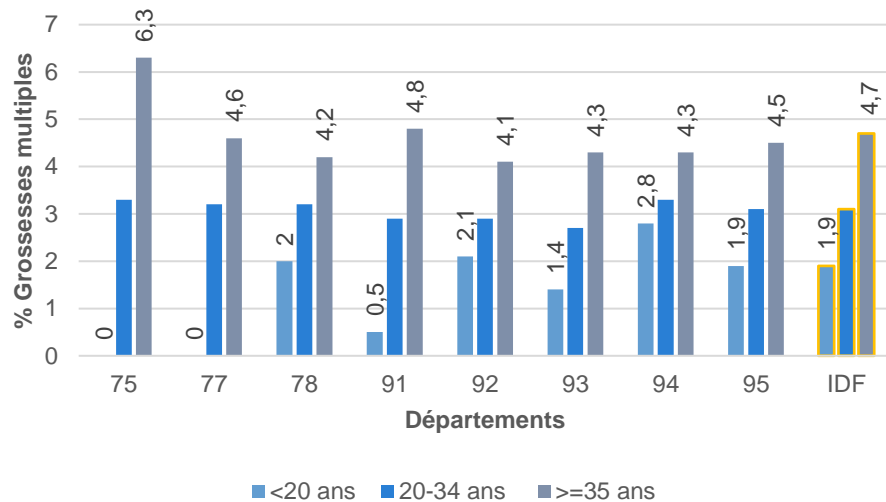
Tableau 7. Part de grossesses multiples

	% PCS pour grossesse multiple (dont trois fœtus et plus)			Données Drees*
	2014	2015	2016	2016
75	4,2 (0,10)	3,9 (0,05)	4,5 (0,13)	3,8
77	3,7 (0,04)	3,8 (0,07)	3,5 (0,09)	4,4
78	4,0 (0,12)	3,9 (0,07)	3,5 (0,02)	3,5
91	3,4 (0,11)	3,9 (0,07)	3,4 (0,07)	3,7
92	3,5 (0,08)	3,5 (0,03)	3,2 (0,04)	3,8
93	3,5 (0,11)	ND	3,4 (0,12)	3,9
94	3,4 (0,11)	3,4 (0,09)	3,6 (0,08)	3,6
95	3,6 (0,08)	3,5 (0,01)	3,5 (0,12)	4
<b>IDF</b>	<b>3,7 (0,10)</b>	<b>3,6 (0,07)</b>	<b>3,7 (0,09)</b>	<b>3,4</b>

Légende : ND (données non disponibles) la variable "nombre de fœtus" n'a pas été renseignée pour le 93 en 2015. ;

Sources : PCS, PMI, \*PMSI-MCO - Exploitation : ORS IDF

Figure 6. Part de PCS avec grossesses multiples en fonction de l'âge des femmes



Sources : PCS, PMI - Exploitation : ORS IDF



## 5 | SUIVI DE LA GROSSESSE

### LES POINTS ESSENTIELS

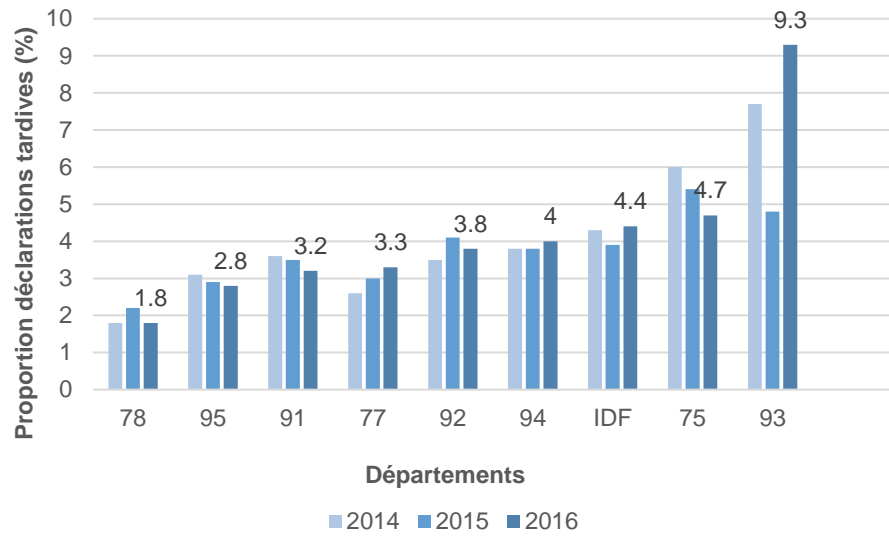
- > 4,4 % des grossesses sont déclarées tardivement en 2016, avec de fortes disparités interdépartementales ;
- > En 2016, le nombre moyen d'échographies réalisées pour les naissances franciliennes était de 3,6 ;
- > La préparation à la naissance était rapportée dans 46 % des PCS en 2016, avec des disparités territoriales allant presque du simple au double entre la Seine-Saint-Denis (32 %) et les Hauts-de-Seine (62 %) en 2014 ;
- > L'échographie de dépistage de la trisomie 21 absente dans environ 5% des grossesses ;
- > Hépatite B : il y a ici aussi de fortes disparités territoriales dans les données relatives à la vaccination de nouveau-nés des mères HBs+.

### 5.1 Près de 5 % de grossesses déclarées tardivement en Île-de-France

Les données de premiers certificats de santé renseignent la date de la première consultation de grossesse en trimestre (1<sup>er</sup>, 2<sup>e</sup> ou 3<sup>e</sup> trimestre). Nous avons considéré comme déclarations tardives, les PCS pour lesquelles la première consultation s'est déroulée au deuxième ou troisième trimestre de la grossesse. Cet indicateur est bien renseigné dans les PCS (6,6 % des données manquantes en 2014, 4 % en 2015 et 4,5 % en 2016). En Île-de-France, 4,4 % des grossesses sont déclarées tardivement en 2016. Cette proportion est restée stable au cours des trois années d'étude dans la région. Cependant, on observe de fortes disparités interdépartementales. En Seine-Saint-Denis, cette proportion est plus importante. En effet, dans ce département près d'une grossesse sur dix est déclarée tardivement (Figure 7) dont près de 3 % au troisième trimestre (Figure 8). Une réelle amélioration a été observée en 2015 mais ce taux est reparti à la hausse l'année suivante. Le taux de déclaration tardive est plus bas dans les Yvelines (1,8 % en 2016) (Figure 8). Comparées aux données nationales, la part de déclarations tardives de grossesse paraît plus basse en Île-de-France. En effet, selon les données de l'enquête nationale périnatale, 7,3 % des femmes étaient concernées par une déclaration tardive de grossesse en 2016, dont 1,1 % de déclaration au troisième trimestre (6).

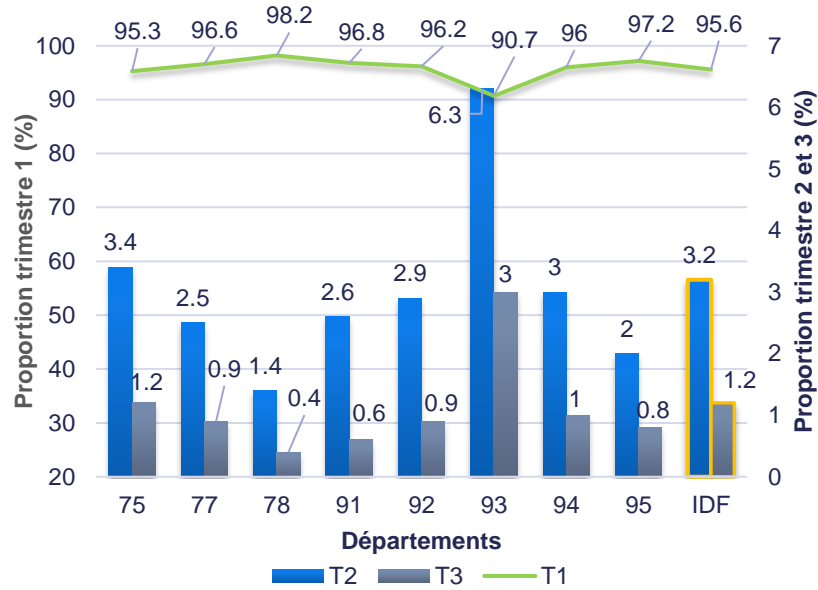
Les déclarations au premier trimestre sont plus fréquentes dans les Yvelines avec 98,2 %. En 2016, 95,3 % de grossesse étaient déclarées au premier trimestre à Paris, 96,6 % en Seine-et-Marne, 98,2 % dans les Yvelines, 91,5 % en Essonne, 96,2 % dans les Hauts-de-Seine, 90,7 % en Seine-Saint-Denis, 96 % dans le Val de Marne et 97,2% dans le Val-d'Oise (Figure 9). En Île-de-France, 1,2 % d'enfants sont nés de grossesse déclarée au troisième trimestre.

**Figure 7. Part de grossesses déclarées au deuxième ou troisième trimestre dans les départements franciliens entre 2014 et 2016**



Sources : PCS, PM - Exploitation : ORS IDF

**Figure 8. Distribution des grossesses en fonction du trimestre de déclaration en 2016 par département**



Légende : \* ND=données manquantes, T1 :1<sup>er</sup> trimestre, T2 : 2<sup>e</sup> trimestre, T3 : 3<sup>e</sup> trimestre  
Sources : PCS, PMI - Exploitation : ORS IDF

## 5.2 Réalisation d'échographies recommandées

En France, en l'absence de complication suspectée ou avérée, trois échographies sont systématiquement proposées aux femmes enceintes dont une au premier trimestre de grossesse (échographie de datation à la recherche notamment de la clarté nucale pour le dépistage de la trisomie 21), une au deuxième trimestre (échographie morphologique) et une au troisième trimestre (échographie de bien-être fœtal).

### 5.2.1 En moyenne trois échographies de grossesse pour les naissances franciliennes

En 2016, le nombre moyen d'échographies réalisées pour les naissances franciliennes était de 3,6 (écart-type : 1,4), un chiffre plus bas que celui observé en France métropolitaine (5,5 (ET : 2,8)) à la même période au cours de l'enquête nationale périnatale (6) (Tableau 8). Ce nombre moyen d'échographies a peu évolué au cours des trois années d'observation en Île-de-France (3,5 ET(1,5) en 2014 et 3,6 ET(1,4) en 2015).

**Tableau 8. Répartition du nombre d'échographies réalisées au cours de la grossesse pour les naissances franciliennes en 2016 (%)**

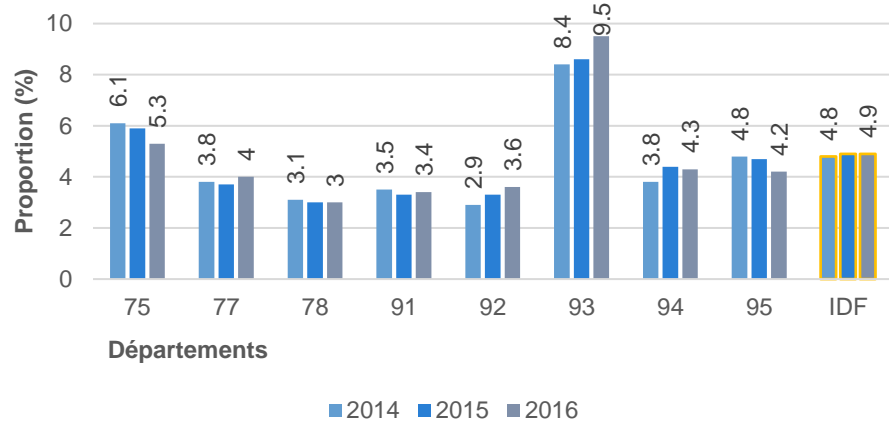
	Nombre moyen (Écart-type)	Nombre d'échographies en 5 groupes (%)				
		0	1 ou 2	3	4 ou 5	≥6
75	3,7 (1,4)	0,2	2,6	58,4	30,5	8,3
77	3,5 (1,1)	0,1	2,6	64,9	26,7	5,7
78	3,6 (1,3)	0,1	1,8	62,8	28,5	6,8
91	3,5 (1,1)	0,2	2,7	67,9	24,4	4,8
92	3,5 (1,1)	0,04	1,6	66,7	25,8	5,8
93	3,6 (1,9)	0,3	4,8	58,1	30,3	6,5
94	3,7 (1,6)	0,3	2,3	58,9	31,1	7,4
95	3,5 (1,2)	0,5	2,6	63,1	28,2	5,6
<b>IDF</b>	<b>3,6 (1,4)</b>	<b>0,2</b>	<b>2,7</b>	<b>62,2</b>	<b>28,4</b>	<b>6,5</b>

Sources : PCS, PMI, \*Enquête Nationale périnatale -Exploitation : ORS IDF

### 5.2.2 5% de nouveau-nés issus d'une grossesse sans échographie de dépistage de la trisomie 21

La part des naissances pour lesquelles il n'y a pas eu une mesure échographique de la clarté nucale était de 4,9 % en Île-de-France en 2016 (vs 6,9 % en France métropolitaine (6)). 91,7 % des femmes rapportaient avoir fait cette échographie et 3,5 % de données étaient manquantes. La part des PCS pour lesquels la clarté nucale n'a pas été recherchée était plus élevée en Seine-Saint-Denis et a augmenté dans ce département entre 2014 et 2016 (Figure 9).

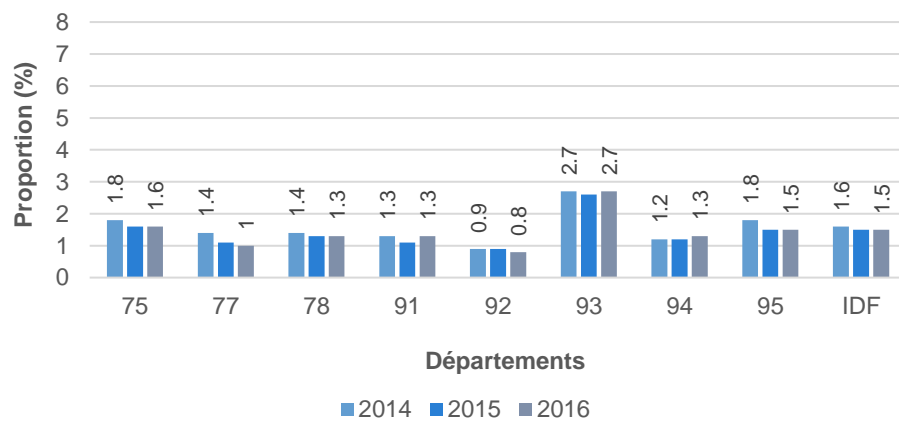
**Figure 9. Part de nouveau-nés issus d'une grossesse sans mesure échographique de la clarté nucale**



Sources : PCS, PMI, - Exploitation : ORS IDF

Par ailleurs, près de deux naissances franciliennes sur cent sont issues d'une grossesse pour laquelle l'échographie morphologique n'a pas été réalisée, une proportion également plus élevée en Seine-Saint-Denis (Figure 10).

**Figure 10. Part de nouveau-nés issus d'une grossesse pour laquelle l'échographie morphologique n'a pas été réalisée**

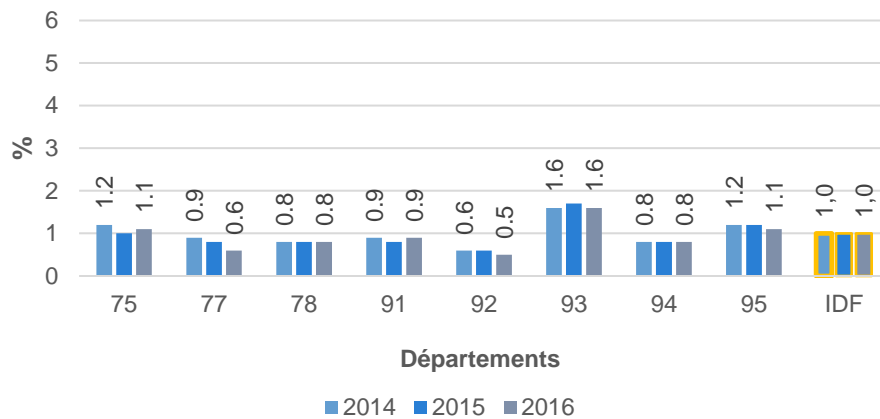


Sources : PCS, PMI - Exploitation : ORS IDF

### 5.2.3 Deux naissances pour mille issues d'une grossesse sans aucune échographie

En 2016, un nouveau-né francilien sur cent est né d'une grossesse au cours de laquelle ni l'échographie du premier trimestre ni celle du deuxième trimestre n'ont été effectuées (Figure 11) et deux nouveau-nés sur mille sont issus d'une grossesse pour laquelle aucune échographie n'a été réalisée.

**Figure 11. Évolution de la part de naissances issues d'une grossesse pour laquelle aucune échographie recommandée\* n'a été réalisée**



Légende : \*pas d'échographie de recherche de la clarté nucale, ni d'échographie morphologique  
Sources : PCS, PMI - Exploitation : ORS IDF

## 5.3 Encore trop peu de mères bénéficient d'une préparation à la naissance et à la parentalité

Historiquement centrée sur la prise en charge de la douleur, la préparation à la naissance s'oriente actuellement vers un accompagnement global de la femme ou du couple en favorisant leur participation active dans le projet de naissance que ce soit pour une première naissance ou pour les suivantes (10).

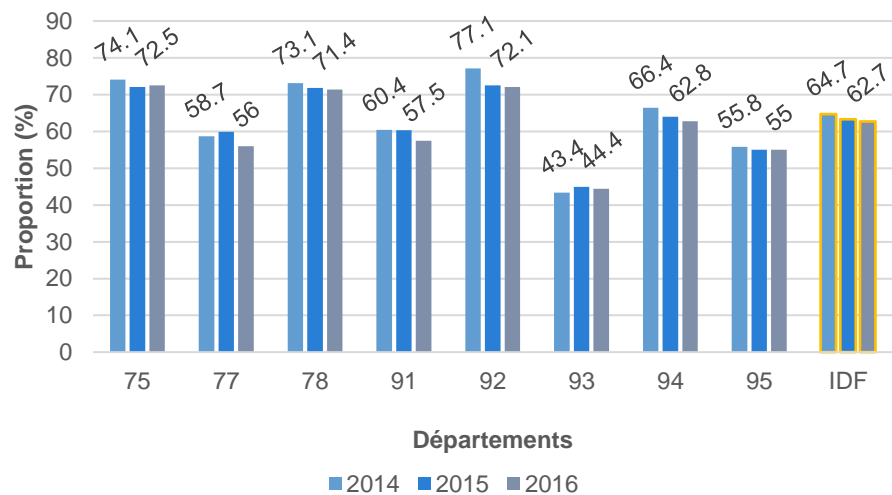
Si on ne prend pas en compte la parité, la préparation à la naissance était rapportée dans 46 % des PCS en 2016, avec des disparités territoriales allant presque du simple au double entre la Seine-Saint-Denis (32 %) et les Hauts-de-Seine (62 %) en 2014. L'évolution de ces proportions est stable dans la région (Tableau 9). À noter que cet indicateur était manquant dans près d'un PCS sur quatre (23 % en 2014 ; 19,8 % en 2015 et 18,9 % en 2016) et doit être interprété avec prudence (Tableau 1). Au niveau national, 33,8 % des mères ont suivi une préparation à la naissance selon les données de l'ENP (6).

En prenant en compte la parité, la préparation à la naissance était plus fréquemment rapportée pour les nouveau-nés franciliens de mère primipares (62,7 %) (Figure 12). Cependant, cette proportion reste faible comparée aux données des primipares au niveau national (77,9 %) (6), une différence qui peut résulter, en partie, de l'importance de données manquantes.

**Tableau 9. Part des nouveau-nés dont la mère (quelle que soit sa parité) a réalisé au moins une séance de préparation à la naissance (%)**

	2014	2015	2016
75	59,6	55,9	57,1
77	39,2	39,2	36,7
78	54,8	54,7	52,8
91	43,4	42,8	40,7
92	62,9	58,0	56,3
93	32,0	33,3	32,8
94	52,5	49,5	49,4
95	36,5	35,1	36,4
<b>IDF</b>	<b>48,0</b>	<b>46,4</b>	<b>45,9</b>

Sources : PCS, PMI - Exploitation : ORS IDF

**Figure 12. Part de nouveau-nés dont la mère primipare a suivi au moins une séance de préparation à la naissance (%)**

Sources : PCS, PMI - Exploitation : ORS IDF

## 5.4 Hépatite B : dépistage chez la mère et vaccination des nouveau-nés des mères testées positives

En France, la recherche de l'infection à hépatite B (antigène HBs) est obligatoire pour toutes les femmes enceintes et est effectuée lors de l'examen du sixième mois. L'infection par le virus de l'hépatite B (VHB) est dominée, chez la femme enceinte, par le risque de transmission mère-enfant qui peut être évitée grâce à la sérovaccination du nouveau-né. Ainsi, tous les nouveau-nés de mères porteuses de l'Ag HBs devraient bénéficier d'une sérovaccination contre le virus de l'hépatite B. La première injection de vaccin et une injection de gammaglobulines anti-HBs sont en principe effectuées dès les premières heures de vie (11, 12).

En Île-de-France, les données des PCS montrent que la recherche d'Ag HBs est effectuée pour la quasi-totalité des naissances dans la région (99 %), un taux stable dans le temps et relativement équivalent à l'échelle infrarégionale (Tableau 10). Cependant le taux de positivité à cette recherche d'Ag HBs est très variable selon les départements, avec une prévalence des mères Ag HBs+ de 1 % sur l'ensemble du territoire régional. Ce taux varie, pour l'année 2016, du simple au triple entre les Yvelines (0,5 %) et la Seine-Saint-Denis (1,5 %) (Figure 13). La prise en charge, le cas échéant, est également très contrastée à

l'échelle infrarégionale. Chez les mères Ag HBs+, au niveau régional, les données des PCS rapportent que seulement 70 % des nouveau-nés seraient vaccinés ou auraient eu une injection d'immunoglobulines (Ig), un taux en augmentation en 2016 (63 % en 2014 et 59 % en 2013) ; 15 % de données étaient manquantes et 15 % de nouveau-nés n'avaient reçu ni vaccination ni injection d'Ig.

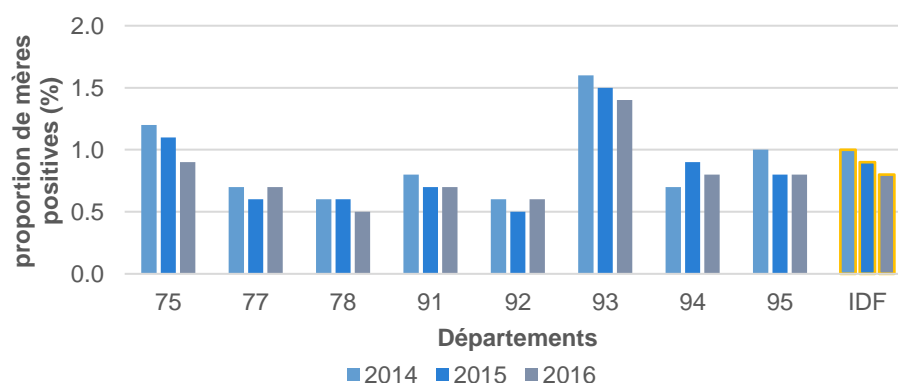
Il y a de fortes disparités territoriales dans les données relatives à la vaccination et d'injection d'Ig des nouveau-nés nés des mères HBs+. Les données parisiennes correspondent mieux à ce à quoi on s'attendrait avec une faible proportion de données manquantes et vaccination et injection d'Ig avoisinant les 100 %. Tous les autres départements ont un taux de données manquantes ou de non-vaccination qui questionne. Pour la Seine-Saint-Denis par exemple où le taux de positivité est le plus élevé de la région, seul 48 % de nouveau-nés des mères HBs ont reçu soit un vaccin ou une injection d'Ig, 23 % n'ont pas eu d'Ig et de vaccination et 29 % des données étaient manquantes. Dans les Yvelines, 33 % des nouveau-nés des mères AgHBs+ n'avaient rien reçu en 2016 (Figure 14). On a observé une très forte augmentation du taux d'Ig et de vaccination pour les PCS des nouveau-nés des mères HBs+ Essonniennes entre 2014 et 2016. Le remplissage de cette donnée est également très différent entre départements : très peu de données manquantes pour les naissances parisiennes, 28 % de données manquantes pour les nouveau-nés de la Seine-Saint-Denis. On observe tout de même une amélioration du remplissage de cette donnée au cours du temps ; près de 19 % des données manquantes en 2014 et 14,8 % en 2016 pour l'ensemble de la région (Tableau 1).

**Tableau 10. Évolution du dépistage de l'hépatite B pour les naissances franciliennes**

	2014	2015	2016
75	98,9	99,1	99,3
77	99,0	99,0	99,1
78	99,2	99,3	99,5
91	99,3	99,3	99,5
92	99,3	99,4	99,4
93	99,2	99,3	99,4
94	99,5	99,3	99,4
95	99,4	99,8	99,8
<b>IDF</b>	<b>99,2</b>	<b>99,3</b>	<b>99,4</b>

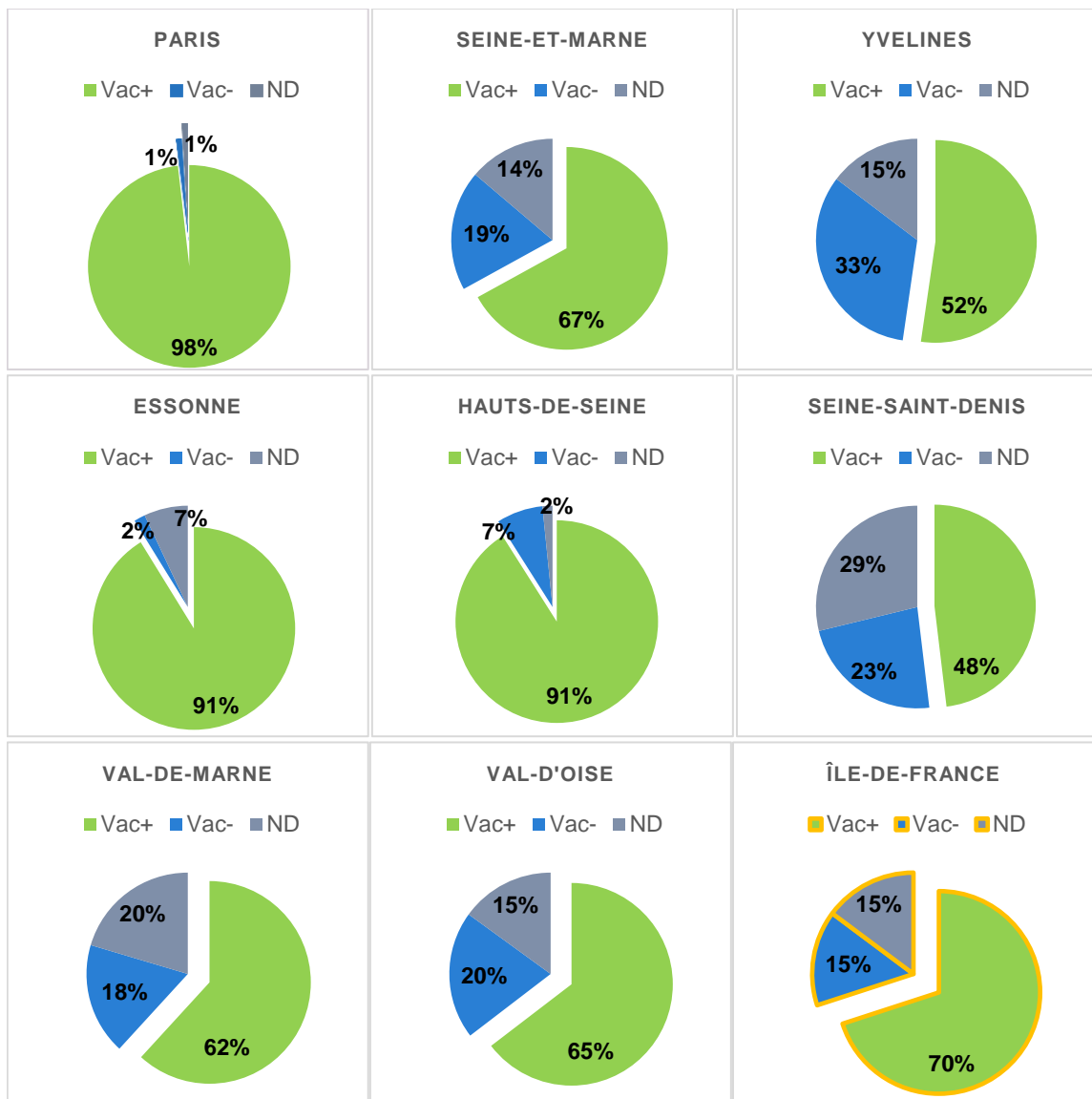
Sources : PCS, PMI - Exploitation : ORS IDF

**Figure 13. Taux de positivité à l'hépatite B chez les mères dans les départements franciliens entre 2014 et 2016**



Sources : PCS, PMI - Exploitation : ORS IDF

**Figure 14. Prise en charge des nouveau-nés nés des mères porteuses d'hépatite B dans les départements franciliens en 2016**



Légende : Vac+ nouveau-né ayant reçu soit un vaccin ou une injection d'Ig ; Vac- nouveau-nés n'ayant reçu ni vaccin, ni injection d'Ig, ND : données non disponibles  
 Sources : PCS, PMI - Exploitation : ORS IDF



## 6 | MORBIDITE MATERNELLE

### LES POINTS ESSENTIELS

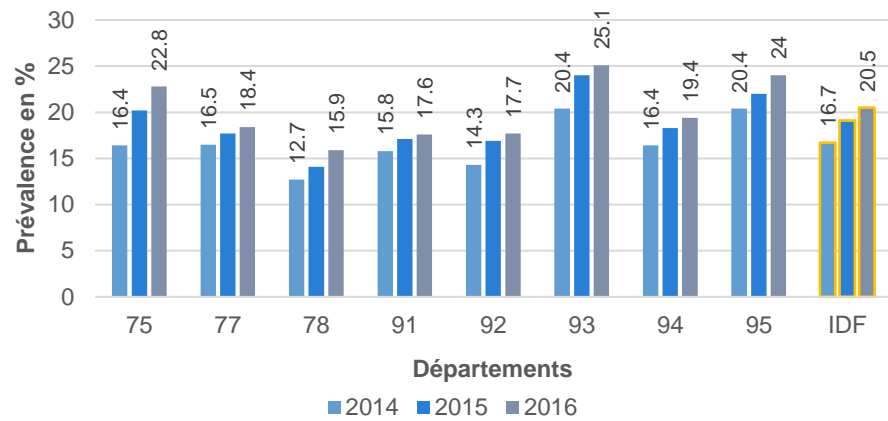
- > Les données montrent une tendance à l'augmentation des pathologies de la grossesse, commune à tous les départements, 17 % en 2014 à 20 % en 2016 ;
- > Le diabète gestationnel ne cesse d'augmenter au cours de ces dernières années. Cette prévalence a quasiment doublé pour l'ensemble de la région en 5 ans, passant de 5,5 % en 2010 (14) à 10,6 % en 2016 ;
- > L'hypertension artérielle, incluant l'HTA traitée, la prééclampsie et les hospitalisations pour motifs HTA ; ont une prévalence de 3 % en 2016 au niveau régional ;

### 6.1 Une mère francilienne sur cinq présente une pathologie en cours de grossesse

Dans la partie médicale des PCS, un volet concerne les pathologies en cours de grossesse (renseignées en oui ou non) avec un sous item déclinant les principales pathologies dont la prééclampsie, l'hypertension artérielle traitée et le diabète gestationnel. Un autre item concerne les hospitalisations (y compris à domicile) avec précision sur le nombre de jours, le motif de l'hospitalisation (l'HTA, le retard de croissance intra-utérine et la menace d'accouchement prématuré) et les transferts in utero sont aussi renseignés. Ces variables sur la morbidité maternelle sont bien remplies et comportent peu de données manquantes (Tableau 1).

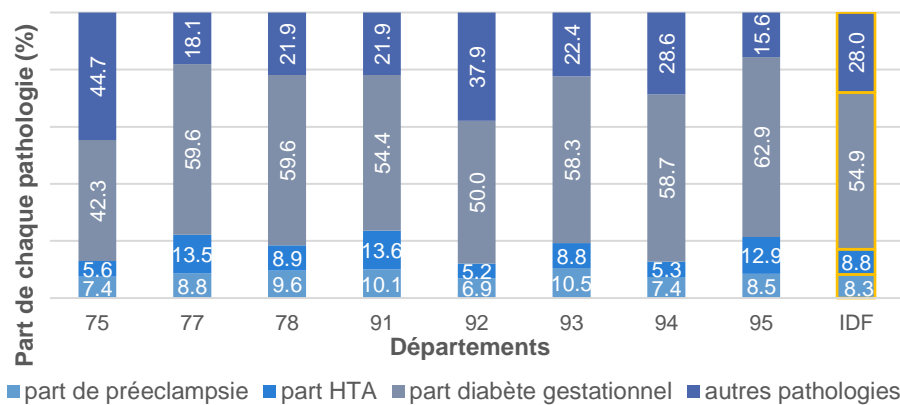
La figure 15 représente la part de naissances pour lesquelles il a été mentionné au moins une pathologie de la grossesse. On observe une tendance à l'augmentation de la prévalence de naissances mentionnant les pathologies de la grossesse (16,7 % en 2014 à 20,5 % en 2016). Cette tendance est observée dans tous les départements franciliens. À l'échelle infrarégionale, cette prévalence est plus élevée en Seine-Saint-Denis (25,1 %), à Paris (22,8 %) et dans le Val-d'Oise (24 %) (Figure 15). Les données des PCS montrent que le diabète gestationnel est de loin la pathologie la plus fréquente pour les naissances de la région. En 2016, pour 55 % de naissances mentionnant une pathologie maternelle de la grossesse, il s'agissait du diabète gestationnel, pour 8,8 % il s'agissait de l'hypertension artérielle traitée et pour 8,3 % de la prééclampsie. Seules trois pathologies sont clairement identifiées et les 36,8 % restant, correspondants aux autres pathologies, celles-ci ne sont pas détaillées (Figure 16). Dans quasiment tous les départements (sauf Paris), la contribution du diabète gestationnel dans les pathologies maternelles de la grossesse approchait, voire dépassait 50 % (Figure 16).

**Figure 15. Présence d'au moins une pathologie en cours de grossesse entre 2014 et 2016**



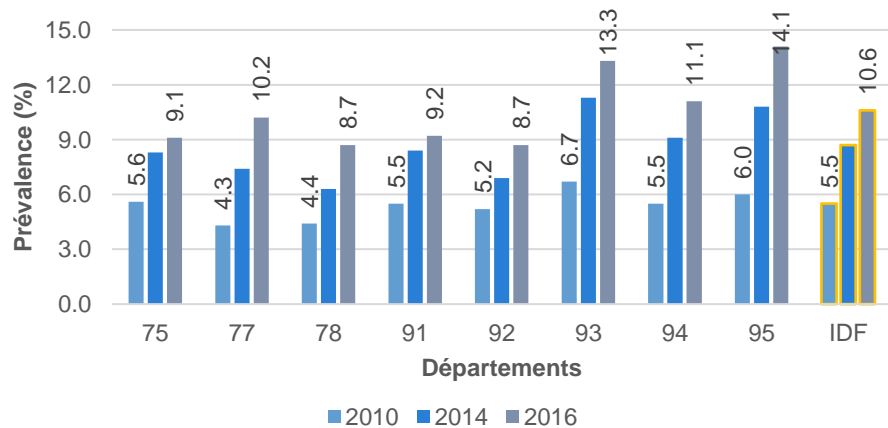
Sources : PCS, PMI - Exploitation : ORS IDF

**Figure 16. Contribution de chaque maladie dans les pathologies de la grossesse en 2016**



Sources : PCS, PMI - Exploitation : ORS IDF

**Figure 17. Évolution de la prévalence du diabète gestationnel entre 2010 et 2016**



Sources : PCS, PMI - Exploitation : ORS IDF

## 6.2 Forte augmentation de prévalence du diabète gestationnel, plus d'une naissance sur dix

Suivant la définition de l'Organisation mondiale de la santé (OMS), le diabète gestationnel est défini comme un trouble de la tolérance glucidique conduisant à une hyperglycémie de sévérité variable, qui a débuté ou a été diagnostiqué pour la première fois pendant la grossesse, quels que soient le traitement nécessaire et l'évolution dans le post-partum (13).

Les données des PCS montrent qu'en Île-de-France, la part de nouveau-nés dont la mère a présenté un diabète gestationnel ne cesse d'augmenter au cours de ces dernières années. Cette prévalence a quasiment doublé pour l'ensemble de la région en 5 ans, passant de 5,5 % en 2010 (14) à 10,6 % en 2016 (Figure 17). Dans certains départements comme la Seine-Saint-Denis, le Val-de-Marne, la Seine-et-Marne et le Val-d'Oise, plus d'un nouveau-né sur dix est né d'une mère ayant présenté un diabète gestationnel en 2016 (Figure 17). L'analyse de sensibilité après exclusion des certificats de nouveau-nés issus de grossesse multiple ne modifie pas sensiblement cette prévalence (pour la région entière 8,6 % en 2014 ; 9,2 % en 2015 et 10,5 % en 2016). La prévalence du diabète gestationnel est un peu plus élevée quand on examine les données issues du programme de médicalisation du système d'information (PMSI) (Tableau 11).

**Tableau 11. Prévalence du diabète gestationnel selon les données des PCS et du PMSI\* de 2010 à 2016**

	2010		2013		2014		2015		2016	
	PCS	PMSI	PCS	PMSI	PCS	PMSI	PCS	PMSI	PCS	PMSI
75	5,6	6,1	7,2	7,7	8,3	8,6	8,3	9,4	9,1	9,4
77	4,3	4,5	6,0	6,3	7,4	7,6	9,3	8,9	10,2	9,1
78	4,4	5,1	5,3	6,0	6,3	6,6	7,6	8,3	8,7	8,4
91	5,5	5,2	7,3	8,1	8,4	8,7	9,2	10,6	9,2	10,8
92	5,2	5,0	6,8	6,3	6,9	7,3	8,1	7,7	8,7	7,7
93	6,7	7,6	9,6	10,3	11,3	11,7	12,3	13,0	13,3	13,1
94	5,5	6,7	8,0	10,2	9,1	10,3	10,6	12,0	11,1	12,1
95	6,0	6,4	8,9	9,8	10,8	11,3	12,5	14,0	14,1	14,0
<b>IDF</b>	<b>5,5</b>	<b>5,9</b>	<b>7,5</b>	<b>8,1</b>	<b>8,7</b>	<b>9,1</b>	<b>9,7</b>	<b>10,5</b>	<b>10,6</b>	<b>10,6</b>

\*taux de diabète gestationnel sur le séjour d'accouchement  
Sources : PCS, PMI et PMSI - Exploitation : ORS ÎLE-DE-FRANCE

## 6.3 Une prévalence de l'hypertension en cours de grossesse sous-estimée avec les données PCS

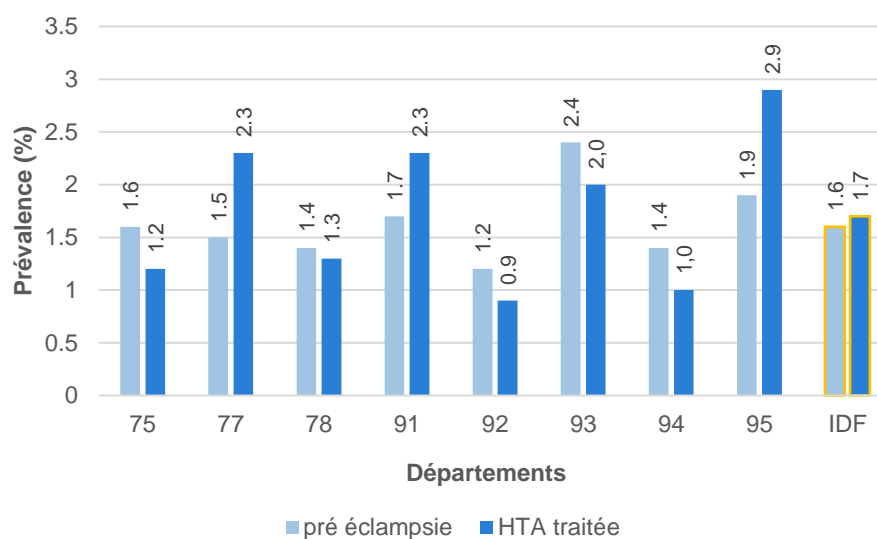
Dans la rubrique « pathologie en cours de grossesse » des PCS, une question permet de savoir si la mère a eu une hypertension artérielle (HTA) traitée, question qui a été exploitée pour produire l'indicateur repris dans le tableau 12. Suivant cette donnée, la mention HTA traitée est rapportée pour un peu plus d'un PCS sur 100 (1,7 %) en 2016, une prévalence qui a peu évolué au cours des trois dernières années (Tableau 12). Cette prévalence paraît largement sous-estimée comparée notamment aux données de l'ENP qui estime la prévalence de l'HTA en cours de grossesse à 4,3 % au niveau national. Cette différence peut résulter de la définition de l'indicateur (HTA traitée dans le PCS vs HTA dans l'ENP). Une analyse prenant une définition plus large de l'HTA dans les PCS ; incluant l'HTA traitée, la prééclampsie et les hospitalisations pour motifs HTA ; fait passer cette prévalence de 1,7 à 3 % en 2016 au niveau régional,

En 2016, 1,7 % de PCS mentionne une prééclampsie (Figure 18) ; une prévalence qui est restée stable au cours des trois années d'observation du présent rapport.

**Tableau 12. Évolution de la prévalence des naissances avec mention Hypertension artérielle traitée chez la mère selon les données des PCS**

	2014	2015	2016
75	0,9	1,1	1,2
77	2,6	2,5	2,3
78	1,3	1,4	1,3
91	2,7	2,6	2,3
92	1,0	0,9	0,9
93	2,4	2,3	2,0
94	1,4	1,1	1,0
95	2,8	2,9	2,9
<b>IDF</b>	<b>1,8</b>	<b>1,8</b>	<b>1,7</b>

Sources : PCS, PMI - Exploitation : ORS IDF

**Figure 18. Hypertension artérielle traitée et prééclampsie chez les mères en 2016**

Sources : PCS, PMI - Exploitation : ORS IDF

## 7 | LE DÉROULEMENT DE L'ACCOUCHEMENT

### LES POINTS ESSENTIELS

- > Pour 84,6 % d'enfants nés par voie basse, les mères ont bénéficié d'une anesthésie péridurale ;
- > Le taux de césarienne francilien est plus élevé que celui observé au niveau national (20,1 % en 2016) sans différence infrarégionale soit un nouveau-né sur quatre ;
- > En 2016, pour 65 % des césariennes, il s'agissait d'une urgence ;
- > 55 % des accouchements à haut risque se font par césarienne et on observe des différences interdépartementales dans la pratique des césariennes.

### 7.1 Présentation et travail d'accouchement

En 2016, en cas d'accouchement par voie basse, un peu plus d'une mère francilienne sur dix n'a reçu aucune analgésie (12,8 %) avec une différence interdépartementale allant du simple au double entre les Hauts-de-Seine et le Val-d'Oise et l'Essonne (respectivement 8,2 %, 16,2 % et 16,6 %). La part des naissances pour laquelle la mère ne reçoit aucune analgésie a peu varié entre 2014 et 2016 (Tableau 13). Par ailleurs, pour 84,6 % d'enfants nés par voie basse, les mères ont bénéficié d'une anesthésie péridurale. Pour les trois années d'observation, la part des mères ayant reçu l'anesthésie péridurale est plus élevée dans les Hauts-de-Seine et le plus bas dans le Val-d'Oise. La part de naissances par voie basse où la mère a reçu une analgésie autre que la péridurale est de moins de 3 % dans la région.

Pour 66 % des naissances franciliennes de 2016, le mode de début de travail d'accouchement a été spontané, pour 23,2 % il a été déclenché et dans 10,8 % des cas une césarienne a été indiquée avant toute entrée en travail (Tableau 14). Les détails sur les césariennes sont repris dans le paragraphe 7.2.

**Tableau 13. Analgésie§ chez les mères pour les nouveau-nés nés par voie basse**

	2014		2015		2016	
	Péridurale	Aucune analgésie	Péridurale	Aucune analgésie	Péridurale	Aucune analgésie
75	87,6	10,1	84,8	9,8	84,6	10,7
77	82,1	15,1	82,7	14,5	82,9	14,4
78	85,3	11,6	84,6	15,6	84,1	13,0
91	84,0	14,5	84,0	14,9	83,2	16,6
92	90,1	7,7	90,1	7,8	89,7	8,2
93	82,0	16,2	83,2	14,4	82,3	15,4
94	88,9	9,1	88,3	9,5	87,6	10,3
95	80,4	17,0	81,3	16,4	81,5	16,2
<b>IDF</b>	<b>85,2</b>	<b>12,5</b>	<b>85,0</b>	<b>12,2</b>	<b>84,6</b>	<b>12,8</b>

Légende : § exceptionnellement les données manquantes ne sont pas exclues de l'analyse de l'analgésie péridurale présentées dans ce tableau afin de prendre en compte la possibilité d'autres types d'analgésies dont peuvent bénéficier les mères au cours de l'accouchement. Ces autres types d'analgésie (rachianesthésie, anesthésie générale etc.) qui du reste sont rare lors d'un accouchement par voie basse paraissent en données manquantes lors de l'analyse de l'item « analgésie péridurale » - Sources : PCS, PMI - Exploitation : ORS IDF

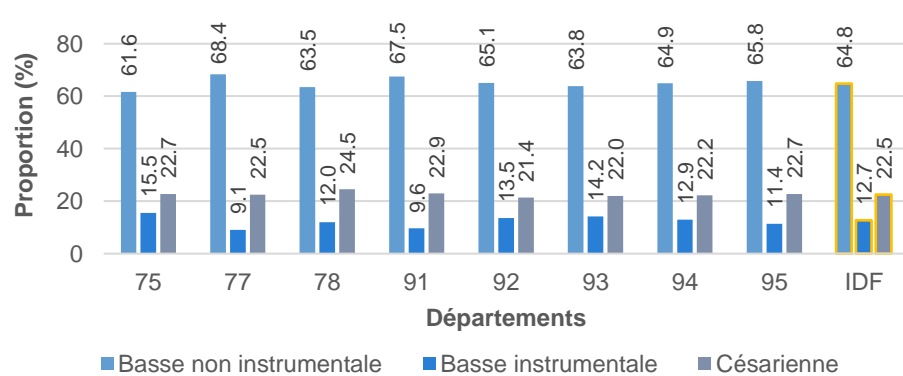
**Tableau 14. Mode de début de travail d'accouchement des nouveau-nés franciliens**

	2014			2016		
	Spontané	Déclenché	Césarienne avant travail	Spontané	Déclenché	Césarienne avant travail
75	65,8	24,0	10,3	64,7	25,0	10,3
77	69,5	19,4	11,1	68,5	19,8	11,7
78	65,4	22,0	12,6	64,3	22,8	12,9
91	69,7	19,5	10,8	69,4	19,6	11,0
92	65,6	23,4	11,0	65,5	24,3	10,2
93	68,8	20,9	10,3	66,5	23,4	10,1
94	65,5	24,6	9,9	63,6	26,4	10,0
95	68,5	20,3	11,2	67,0	22,3	10,7
<b>IDF</b>	<b>67,2</b>	<b>22,0</b>	<b>10,8</b>	<b>66,0</b>	<b>23,2</b>	<b>10,8</b>

Sources : PCS, PMI - Exploitation : ORS IDF

## 7.2 Près d'un nouveau-né sur quatre naît par césarienne en Île-de-France

Les données de PCS montrent qu'en 2016, 64,8 % de nouveau-nés franciliens sont nés par voie basse non instrumentale, 12,7 % par voie basse instrumentale et 22,5 % par césarienne (Figure 19). Le taux de césarienne observé avec les données des PCS est proche de celui renseigné par les données hospitalières du PMSI (Tableau 15) (5). Par ailleurs, ce taux de césarienne francilien est plus élevé que celui observé au niveau national (20,1 % en 2016). Il y a peu de disparités infrarégionales dans le taux de césarienne ; le taux le plus élevé est observé dans les Yvelines (24,5 %) et le plus bas dans les Hauts-de-Seine (21,4 %) pour l'année 2016 (Figure 22). Ce taux a peu évolué au cours des trois dernières années dans la région, 21,8 % en 2014, 22,2 % en 2015 et 22,5 % en 2016.

**Figure 19. Voie d'accouchement en 2016 – toutes les naissances (%)**

Sources : PCS, PMI - Exploitation : ORS IDF

**Tableau 15. Taux de césariennes suivant les données du PMSI et des PCS en 2016**

	Taux(%) césariennes selon les données des PCS	Taux(%) césariennes selon les données du PMSI
75	22,7	22,4
77	22,6	22,1
78	24,5	24,4
91	22,9	23,2
92	21,4	21,6
93	22,0	21,6
94	22,2	21,8
95	22,7	22,2
<b>IDF</b>	<b>22,6</b>	<b>22,3</b>

Sources : PCS, PMI, PMSI - Exploitation : ORS IDF

En 2016, en Île-de-France 37 % des césariennes étaient indiquées pour cause fœtale et 36,7 % pour cause maternelle ; pour 34,7 % des nouveau-nés, il s'agissait une césarienne programmée et pour 65 % d'une césarienne en urgence.

Le taux de césarienne variait fortement en fonction des caractéristiques du nouveau-né et/ou de la mère (tableau 16) :

- Suivant les caractéristiques du nouveau-né, on a par exemple observé dans la région un taux plus bas pour les grossesses uniques avec un fœtus en présentation de sommet (18,7 % en 2014 ; 19 % en 2015 et 18,7 % en 2016) alors que ce taux était de 55,7 % pour les grossesses multiples, de 74,1 % pour les nouveau-nés en présentation siège pour l'année 2016,
- Suivant les caractéristiques de la mère : l'âge au moment de l'accouchement, les antécédents de césarienne, la parité sont notamment les facteurs qui font varier fortement le taux de césarienne. On a en effet observé pour l'année 2016, un taux qui variait du simple au double entre les mères de moins de 20 ans et celles de plus de 35 ans (soit 13,9 % de césarienne chez les ≤20 ans, 19,5 % chez les 21-35 ans et 28,5 % chez les plus de 35 ans).

**Tableau 16. Taux de césariennes (%) suivant certaines caractéristiques fœtales ou maternelles en 2016**

	Pour les singletons nés des primipares	Si grossesse multiple	Si présentation de siège	Si ATCD césarienne*	Âge mère <20 ans	Âge mère >35 ans
75	23,3	56,2	71,8	63,5	14,3	28,4
77	22,6	60,4	75,1	64,4	12,3	29,9
78	25,4	59,4	84,8	69,1	10,1	29,7
91	23,3	57,4	79,7	64,3	16,8	29,4
92	22,5	56,8	71,9	61,8	12,4	26,9
93	22,1	50,3	68,4	58,4	15,4	28,4
94	23,7	51,5	73,5	61,3	10,7	27,7
95	23,3	55,9	72,8	62,5	15,5	28,8
<b>IDF</b>	<b>23,2</b>	<b>55,7</b>	<b>74,1</b>	<b>62,8</b>	<b>13,9</b>	<b>28,5</b>

\*calculé uniquement chez les multipares

Sources : PCS, PMI, PMSI - Exploitation : ORS IDF

En cas de présentation par le siège, près de trois nouveau-nés sur quatre naissent par césarienne. Une pratique qui est cependant variable selon les départements : plus de 80 % dans les Yvelines vs de 68 % en Seine-Saint-Denis (qui a le taux le plus bas de césarienne en cas de présentation de siège). En cas d'antécédents de césarienne, six

nouveau-nés sur dix naissent par césarienne dans la région (un taux relativement stable dans le temps). La Seine-Saint-Denis a le taux le plus bas de césarienne en cas d'antécédent de césarienne et les Yvelines le taux le plus élevé. Le taux de césarienne est généralement plus élevé chez les primipares (comparées aux multipares) et augmente avec l'âge des mères. Il double pratiquement entre les moins de 20 ans et les plus de 35 ans (Tableau 16).

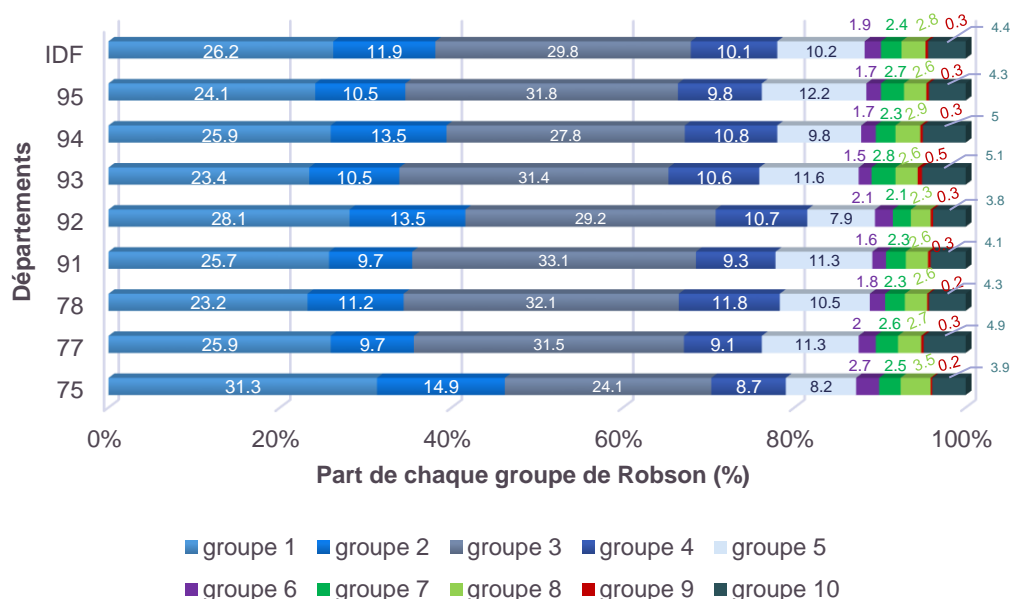
Il est de ce fait difficile de comparer les taux bruts de césarienne par territoire sans prendre en compte ces caractéristiques fœtales et maternelles. Pour effectuer les comparaisons interdépartementales en prenant en compte ces différentes caractéristiques, la classification de Robson a été appliquée pour caractériser les accouchements en fonction de leur risque. En effet, la classification de Robson est un outil d'évaluation des pratiques de césarienne (16). Elle permet de classer les grossesses en fonction des caractéristiques obstétricales suivantes : la parité (nullipares/multipares), l'âge gestationnel (avant et après 37 semaines d'aménorrhée), le nombre de fœtus (singleton ou multiple), la présentation fœtale (céphalique ou siège/transverse), le mode de début de travail (spontané ou induit) et les antécédents de césarienne. En fonction de ces critères, les grossesses sont regroupées en 10 groupes :

- **Groupe 1** : Primipares, singleton en présentation céphalique, grossesse de  $\geq 37$  SA, travail spontané ;
- **Groupe 2** : Primipares, singleton céphalique,  $\geq 37$  SA, travail déclenché ou césarienne avant travail, 2a si travail déclenché, 2b si césarienne avant travail ;
- **Groupe 3** : Multipares, singleton céphalique,  $\geq 37$  SA, travail spontané (exclusion des antécédents de césarienne) ;
- **Groupe 4** : Multipares, singleton céphalique,  $\geq 37$  SA, travail déclenché ou césarienne avant travail (exclusion des antécédents de césarienne) 4a. Si travail déclenché 4b. Si césarienne avant travail ;
- **Groupe 5** : Antécédent(s) de césarienne, singleton céphalique,  $\geq 37$  SA
- **Groupe 6** : Toutes les primipares, siège ;
- **Groupe 7** : Toutes les multipares, siège (inclusion des antécédents de césarienne)
- **Groupe 8** : Toutes les grossesses multiples (inclusion des antécédents de césarienne) ;
- **Groupe 9** : Toutes les présentations transverses (inclusion des antécédents de césarienne) ;
- **Groupe 10** : Tous les singletons céphaliques,  $\leq 36$  SA (inclusion des antécédents de césarienne).

La figure 20 présente la répartition des 10 groupes de classification de Robson dans les départements franciliens. La répartition des groupes au niveau régional est proche de celle observée au niveau national (17). Nous avons ensuite considéré les groupes 1 à 4 comme des accouchements à bas risque et les groupes 5 à 10 comme étant à haut risque. Avec ce découpage, les données des PCS montrent qu'en Île-de-France 22,3 % des accouchements sont classés à bas risque et 77,7 % de ces accouchements à haut risque. En 2016, 56,5 % des accouchements considérés à haut risque et 13 % considérés comme à bas risque, se sont déroulés par césarienne. Comparé à la moyenne régionale, le taux de césarienne en cas d'accouchement à haut risque est plus élevé pour les naissances domiciliées dans les Yvelines (63 %) et le plus bas en Seine-Saint-Denis (50 %) (Tableau 16).



Figure 20. Répartition de 10 groupes de la classification de Robson dans les départements franciliens



Sources : PCS, PMI - Exploitation : ORS IDF

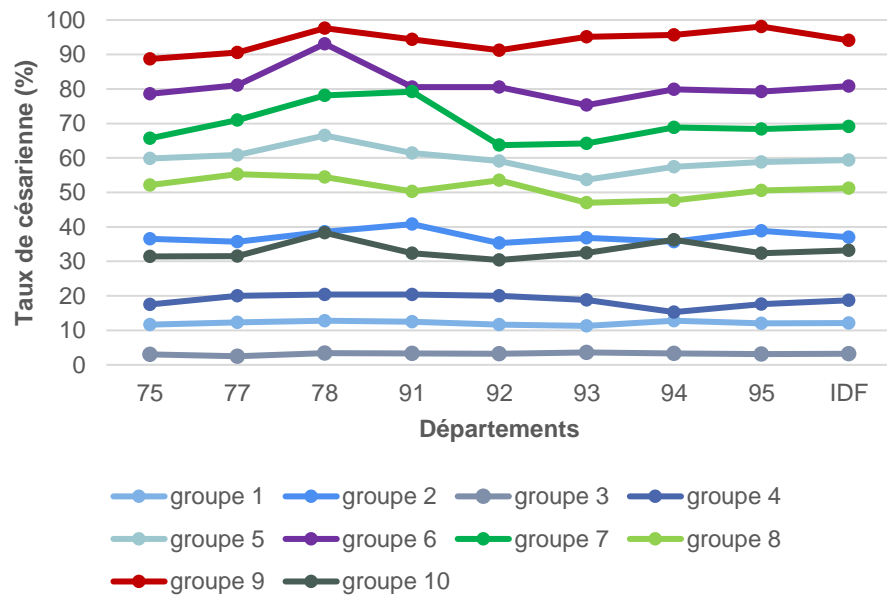
Tableau 17. Mode d'accouchement (césarienne vs voies basses) en 2016 pour les naissances à haut risque (groupes 5 à 10) suivant la classification de Robson

	N(%) accouchement à haut risque	Voies d'accouchement (%)		
		Voie basse non instrumentale	Voie basse instrumentale	Césarienne
75	5057 (20,7)	34,1	9,3	56,6
77	3038 (23,8)	37,5	5,2	57,3
78	3819 (21,7)	30,3	6,4	63,4
91	3646 (22,2)	35,4	6,2	58,4
92	4041 (18,5)	34,9	9,2	55,9
93	5433 (24,1)	38,9	9,2	51,8
94	3998 (21,8)	37,7	7,6	54,7
95	4084 (23,8)	36,8	7,0	56,2
<b>IDF</b>	<b>33116 (21,9)</b>	<b>35,8</b>	<b>7,7</b>	<b>56,5</b>

Sources : PCS, PMI - Exploitation : ORS IDF

NB Les variables pour construire la classification de Robson sont bien renseignées ; environ 8% des données manquantes pour la classification de Robson au niveau régional

Une autre analyse, considérant séparément les 10 groupes de la classification de Robson, montre quelques disparités infrarégionales avec un peu plus de césariennes pour les naissances yvelinoises dans différents groupes de Robson, particulièrement pour le groupe 5 (Antécédent(s) de césarienne, singleton céphalique,  $\geq 37$  SA), groupe 6 (primipare avec présentation de siège) et groupe 9 (présentation transverse) (Figure 21). Le taux de césarienne reste élevé dans les groupes à haut risque dans tous les départements.

**Figure 21. Taux de césarienne dans chacun des 10 groupes de la classification de Robson dans les départements franciliens**

Sources : PCS, PMI - Exploitation : ORS IDF

La comparaison des taux de césarienne à partir des données des PCS est à interpréter en sachant qu'un certificat est établi pour chaque nouveau-né même s'ils sont nés d'une même mère et donc une même césarienne est comptabilisée autant de fois qu'il y a de nouveau-nés (une naissance des triplés par césarienne est comptabilisée comme trois césariennes avec les PCS). Pour pallier ce biais, une analyse de sensibilité a été effectuée en excluant les grossesses multiples de la classification de Robson (groupe 8). Cette analyse montre également que 55 % des accouchements franciliens à haut risque se font par césarienne et les différences interdépartementales dans la pratique des césariennes persistent (Tableau 18). De plus, les taux de césariennes dans les départements franciliens calculés avec les données PCS sont proches de ceux issus des séjours des mères via le PMSI (Tableau 15 comparaison taux césarienne selon les PCS et le PMSI), ce qui renforce la confiance aux données PCS, car seuls 3,7 % des PCS concernent les grossesses multiples en Île-de-France.

**Tableau 18. Voies d'accouchement pour les naissances à haut risque (%), après exclusion des PCS des nouveau-nés issus de grossesses multiples**

	Voie basse non instrumentale	Voie basse instrumentale	Césarienne
75	33,9	9,4	56,7
77	38,0	5,4	56,6
78	29,8	6,1	64,1
91	34,9	6,5	58,5
92	35,7	8,6	55,7
93	38,6	9,5	51,9
94	37,2	7,4	55,4
95	36,7	7,0	56,3
<b>IDF</b>	<b>35,7</b>	<b>7,7</b>	<b>56,6</b>

Sources : PCS, PMI - Exploitation : ORS IDF

## 8 | CARACTÉRISTIQUES DES NOUVEAU-NÉS

### LES POINTS ESSENTIELS

- > Le taux de prématurité en Île-de-France est proche de celui observé dans le reste de la France métropolitaine (7 % en 2016) et est resté stable avec des disparités infrarégionales ;
- > 6,9 % des enfants sont nés avec un poids de moins de 2 500 grammes, une prévalence stable au cours des trois dernières années de l'étude ;
- > À l'échelle infrarégionale, le taux de transfert est plus élevé en Seine-Saint-Denis et plus bas dans les Hauts-de-Seine (du simple au double).

### 8.1 Sept nouveau-nés sur cent naissent prématurément en Île-de-France

La prématurité a été définie comme les naissances avant 37 semaines d'aménorrhée et la grande prématurité comme les naissances avant 33 semaines d'aménorrhée. En 2016 6,7 % des certificats concernaient des naissances prématurées en Île-de-France. Le PMSI donne un chiffre un peu supérieur (7,2 %), la différence tient probablement au taux d'exhaustivité, les PCS manquants peuvent être plus fréquents pour les nouveau-nés mutés ou transférés. Le taux de prématurité en Île-de-France est proche de celui observé dans le reste de la France métropolitaine (7 % en 2016) et est resté stable au cours des trois dernières années d'observation avec des disparités infrarégionales (Tableau 19).

La grande prématurité (naissances avant 33 semaines d'aménorrhée) a représenté en 2016 1,2 % des PCS et 1,5 % des naissances franciliennes selon le PMSI (Tableau 20) avec peu de différences interdépartementales. La différence de taux de la grande prématurité entre les données PCS et PMSI renforce l'idée d'une moindre transmission des PCS des enfants mutés d'un service à l'autre au sein d'un même établissement et/ou transférés dans un autre établissement.

**Tableau 19. Prévalence de la prématurité (<37 semaines d'aménorrhée) suivant les PCS et le PMSI**

	2014		2015		2016	
	PCS	PMSI	PCS	PMSI	PCS	PMSI
75	6,3	6,7	6,0	6,7	6,0	6,7
77	7,3	7,6	7,1	7,6	7,1	7,9
78	6,5	6,8	6,8	7,0	6,8	6,9
91	6,5	7,5	7,0	7,7	7,0	7,6
92	5,4	6,6	5,2	6,8	5,2	6,8
93	7,2	7,3	7,6	7,6	7,6	7,1
94	6,7	7,2	7,2	7,6	7,2	7,7
95	6,9	7,3	7,0	7,7	7,0	7,1
<b>IDF</b>	<b>6,6</b>	<b>7,1</b>	<b>6,7</b>	<b>7,3</b>	<b>6,7</b>	<b>7,2</b>

Sources : PCS, PMI, PMSI - Exploitation : ORS IDF

**Tableau 20. Prévalence de la grande prématurité (<33 semaines d'aménorrhée) suivant les données PCS et le PMSI**

	2014		2015		2016	
	PCS	PMSI	PCS	PMSI	PCS	PMSI
75	1,1	1,3	1,0	1,3	1,2	1,4
77	1,4	1,5	1,4	1,7	1,2	1,5
78	1,1	1,1	1,2	1,3	1,1	1,3
91	0,9	1,4	1,1	1,5	1,0	1,6
92	0,6	1,1	0,7	1,3	0,8	1,3
93	1,3	1,5	1,7	1,7	1,6	1,7
94	1,3	1,4	1,3	1,6	1,4	1,6
95	1,3	1,5	1,4	1,6	1,3	1,5
<b>IDF</b>	<b>1,1</b>	<b>1,4</b>	<b>1,2</b>	<b>1,5</b>	<b>1,2</b>	<b>1,5</b>

Sources : PCS, PMI, PMSI - Exploitation : ORS IDF

## 8.2 Données anthropométriques du nouveau-né

En Île-De-France, en 2016, 6,9 % des enfants sont nés avec un poids de moins de 2 500 grammes suivant les données PCS, une prévalence stable au cours trois dernières années de l'étude. À l'échelle infrarégionale, c'est dans les Hauts-de-Seine qu'on a enregistré le moins de nouveau-nés de faible poids (Tableau 21). La comparaison avec les données PMSI montre des chiffres un peu supérieurs avec peu de différences interdépartementales. Les données des PCS montrent que 7 % des nouveau-nés franciliens ont 4 000 grammes ou plus à la naissance (Figure 22).

Avec les courbes de croissance fœtale d'Audipog, on estime que près de 9 % des nouveau-nés franciliens sont hypotrophes si l'on prend le 10<sup>e</sup> percentile (Figure 23) et 3 % sont en dessous du 3<sup>e</sup> percentile (Figure 24).

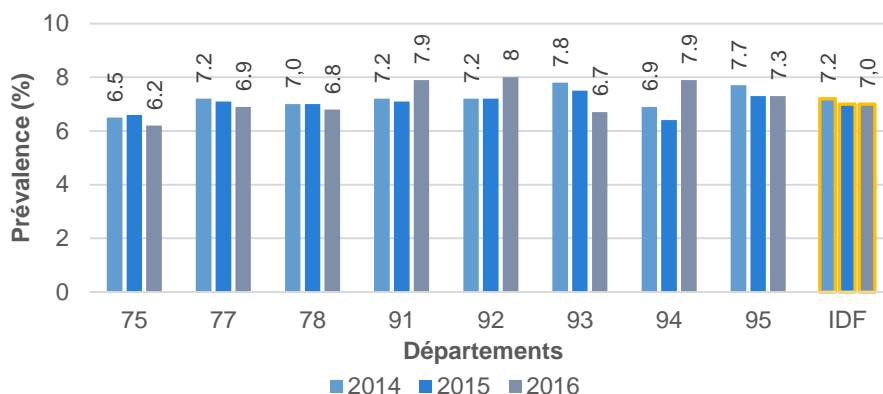
**Tableau 21. Faible poids de naissances (<2500gr)**

	PCS			PMSI*
	2014	2015	2016	2016
75	6,8	6,4	6,7	7,0
77	7,2	7,2	7,0	7,8
78	6,8	7,2	6,9	7,3
91	6,7	7,1	6,7	7,6
92	5,5	5,6	6,0	7,0
93	7,4	7,5	7,4	7,4
94	7,0	6,9	6,8	7,2
95	7,0	7,1	6,8	7,1
<b>IDF</b>	<b>6,8</b>	<b>6,9</b>	<b>6,9</b>	<b>7,3</b>

\*uniquement pour les naissances vivantes ≥22Semaines d'aménorrhée

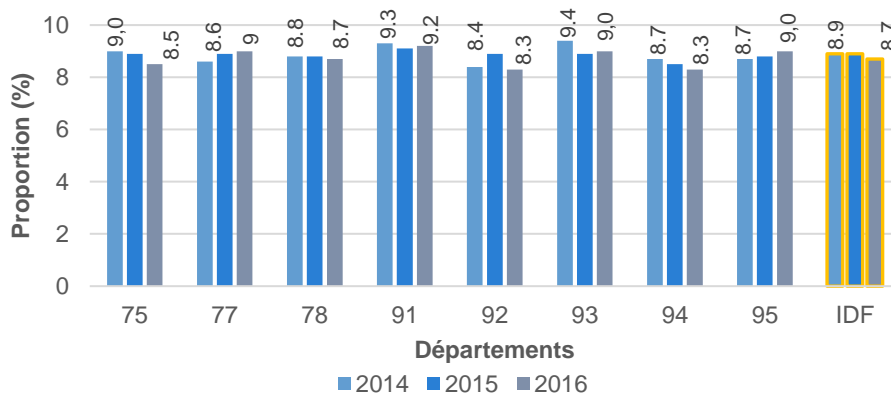
Sources : PCS, PMI, PMSI -Exploitation : ORS IDF

Figure 22. Prévalence de PCS mentionnant un poids de naissance > 4 000 grammes



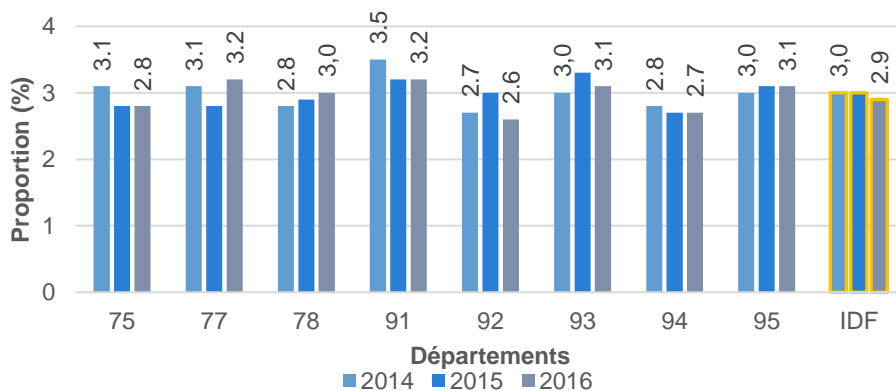
Sources : PCS, PMI - Exploitation : ORS IDF

Figure 23. Croissance fœtale selon la courbe poids/terme (Audipog <10° P)



Légende : \*Croissance fœtale selon la courbe Audipog (Analyses poids par rapport au terme) inférieur au 10<sup>e</sup> percentile  
 §Croissance fœtale selon la courbe Audipog (Analyses poids par rapport au terme) inférieur au 3<sup>e</sup> percentile  
 Sources : PCS, PMI - Exploitation : ORS IDF

Figure 24. Croissance fœtale selon la courbe poids/terme (Audipog <3° P)



Légende : \*Croissance fœtale selon la courbe Audipog (Analyses poids par rapport au terme) inférieur au 10<sup>e</sup> percentile  
 §Croissance fœtale selon la courbe Audipog (Analyses poids par rapport au terme) inférieur au 3<sup>e</sup> percentile  
 Sources : PCS, PMI - Exploitation : ORS IDF

### 8.3 Transfert et mutation

Dans la région, environ 8% de PCS concernent des nouveau-nés transférés, un taux relativement stable durant ces 3 années d'étude. À l'échelle infrarégionale, le taux de transfert est plus élevé en Seine-Saint-Denis et plus bas dans les Hauts-de-Seine (du simple au double). Les prématurés représentent un peu plus de la moitié des transferts au niveau régional (4,1% sur 8% des transférés en 2016 en Île-De-France), sauf en Seine-Saint-Denis où le taux est de 5,1% sur les 11,6% et en Essonne (3,4% sont prématurés sur les 8,5% de transférés).

**Tableau 22. Transfert du nouveau-né (dont prématuré)**

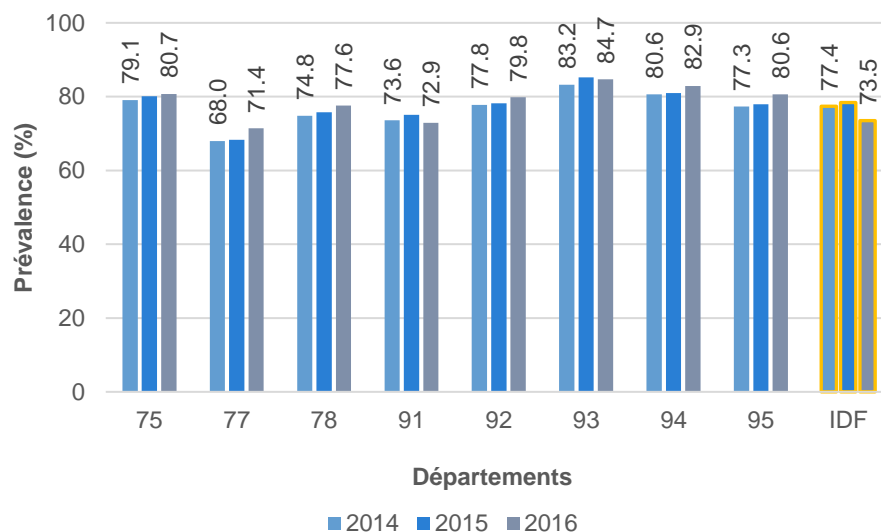
	2014	2015	2016
75	7,8 (4,5)	7,7 (3,9)	8,1 (4,0)
77	7,8 (4,2)	7,3 (4,2)	7,7 (4,1)
78	7,9 (4,5)	7,6 (4,3)	7,8 (4,0)
91	8,4 (3,7)	8,0 (3,7)	8,5 (3,4)
92	4,6 (2,4)	5,0 (2,6)	5,2 (2,9)
93	12,4 (4,9)	13,8 (5,9)	11,6 (5,1)
94	7,5 (4,0)	7,7 (4,2)	7,8 (4,1)
95	8,0 (4,7)	7,5 (4,5)	7,2 (4,1)
<b>IDF</b>	<b>8,3 (4,1)</b>	<b>8,2 (4,2)</b>	<b>8,0 (4,1)</b>

Sources : PCS, PMI - Exploitation : ORS IDF

## 9 | AUTRES INFORMATIONS

En Île-De-France, pour 70 % des certificats, les mères indiquent avoir l'intention d'allaiter leurs bébés en 2016 ; une augmentation par rapport à 2014 mais une réduction par rapport à 2013 (77 %) (Figure 23).

**Figure 25. Part de nouveau-né dont les mères ont l'intention d'allaiter**



\*Les données de l'Essonne n'ont pas pu être exploitées pour l'année 2016

Sources : PCS, PMI - Exploitation : ORS IDF

Suivant les données des PCS, environ 2,3 % de nouveau-nés ont présenté une malformation en 2016 (tous types de malformation réunies), parmi lesquels 0,06 % ont une poly-malformation. Ce taux est probablement sous-estimé en raison des données manquantes pour les PCS des nouveau-nés malformés et des enfants malades en général. Le taux d'information manquante sur cet item était également élevé, 25,8 % au niveau régional en 2016 (Tableau 1) ; aussi cet indicateur est à interpréter avec prudence.





## 10 | DISCUSSION

Les données des PCS montrent une réduction du nombre de naissances domiciliées dans la région, une tendance confirmée avec les données de l'état civil. Par ailleurs, les femmes accouchent de plus en plus tard avec un âge au premier accouchement qui est passé de 30,3 ans en 2008 à 31,1 ans en 2016. Des disparités infrarégionales sont marquées dans l'âge de la maternité avec Paris qui affiche l'âge moyen des mères le plus élevé et une plus grande part des mères de plus de 35 ans.

En Île-de-France, la parité moyenne est de 2 dans la région et en 2016 plus d'un quart de certificats concernaient les enfants nés d'une mère primipare. Quant aux autres antécédents, les données des PCS renseignent qu'un nouveau-né sur cinq est né d'une mère qui avait un antécédent de césarienne, 2 % un antécédent de mortalité néonatale, 5 % un antécédent de prématurité et 6 % un antécédent d'enfant né avec un poids inférieur à 2 500 grammes.

Cette analyse montre des fortes disparités interdépartementales dans le suivi de grossesse. Le département de la Seine-Saint-Denis affiche les moins bons indicateurs de suivi de grossesse avec par exemple 8,9 % des grossesses déclarées au deuxième ou troisième trimestre (contre 4,2 % au niveau régional) ; 9,1 % des grossesses pour lesquelles n'a pas été réalisée la recherche de la clarté nucale (moitié moins qu'au niveau régional), 1,6 % des nouveau-nés issus d'une grossesse au cours de laquelle aucune échographie n'a été réalisée. Dans ce département, seule une mère primipare sur trois a suivi au moins une séance la préparation à la naissance (vs 1 sur 2 au niveau régional). Toujours en Seine-Saint-Denis, le taux des mères testées positives à l'hépatite B est le plus élevé de la région. Par ailleurs d'une manière générale, les données des nouveau-nés franciliens nés des mères testées positives à l'hépatite B soulèvent un questionnement. Dans la région, 15 % de nouveau-nés des mères positives ne seraient pas vaccinés, 15 % des données sont manquantes et 70 % seulement de nouveau-nés ont reçu soit une vaccination ou une injection d'immunoglobuline. Seules les données parisiennes reflètent ce à quoi on s'attendrait dans l'idéal avec près de 100 % de nouveau-nés pris en charge. Cette différence interdépartementale peut être en partie due au mode de remplissage des certificats. En effet, dans certains départements, les certificats sont remplis en salle de naissance avant l'examen médical du pédiatre. Aussi, la prise en charge de nouveau-nés, prescrite en principe par ce professionnel, peut apparaître manquante.

Les données de morbidité maternelle montrent une augmentation de la prévalence des pathologies en cours de grossesse au cours de ces trois années d'observation. Plus d'une mère francilienne sur cinq présente au moins une pathologie. Le diabète gestationnel est la pathologie la plus mentionnée dans les PCS et représente près de 50 % des pathologies maternelles au niveau régional en 2016, contre 7 % pour la prééclampsie et 7 % pour l'HTA. Le diabète gestationnel est mentionné dans plus d'un PCS francilien sur dix, une prévalence en forte augmentation par rapport aux années précédentes. Cette augmentation de la prévalence du diabète gestationnel est confirmée par les données hospitalières issues de séjour en maternité. Cette augmentation peut résulter de l'augmentation de la prévalence de certains facteurs de risque du diabète gestationnel comme l'obésité dont la prévalence ne cesse d'augmenter. Sur le plan épidémiologique, une telle augmentation de la prévalence en si peu de temps peut également être due à un changement de seuil diagnostique ou un changement de stratégie de dépistage. Pour le diabète gestationnel depuis 2010, une nouvelle stratégie de dépistage plus ciblée a été mise en place en France (6, 15).

En effet, en 2010, le Collège national des gynécologues et obstétriciens français et la Société francophone du diabète ont recommandé, à la place du dépistage en deux temps, un dépistage ciblé en un temps chez les futures mères présentant des facteurs de risque de diabète gestationnel comme un âge supérieur à 35 ans, des antécédents familiaux de

diabète chez les apparentés au 1<sup>er</sup> degré, des antécédents personnels de diabète gestationnel ou d'enfant macrosome, un  $IMC \geq 25 \text{Kg/m}^2$  etc. (15). Ainsi on dépiste un peu moins de femmes mais de manière beaucoup plus ciblée, comme le démontre d'ailleurs les données de l'enquête nationale périnatale selon lesquelles 73,2 % des femmes ont bénéficié d'un dépistage du diabète durant leur grossesse en 2016 contre 86 % en 2010 ; cependant, la prévalence du diabète gestationnel s'est avérée plus élevée en 2016 (6). On a, par ailleurs, noté également des disparités territoriales dans la prévalence des pathologies de grossesse en général. Un peu plus d'un PCS sur cinq mentionne une pathologie de la mère en cours de grossesse à Paris, en Seine-Saint-Denis et dans le Val-d'Oise contre 14% dans les Yvelines.

Les indicateurs relatifs à l'accouchement montrent un taux de césarienne qui approche le quart des accouchements avec des disparités territoriales, notamment dans la pratique de césariennes en fonction du risque (classification de Robson). La part de nouveau-nés prématurés, de faibles poids ou présentant une anomalie de poids par rapport au terme (selon l'échelle d'Audipog) était moins importante dans les données PCS comparées aux données PMSI, suggérant que les PCS des enfants malades sont moins bien renseignés et moins transmis dans les départements.

L'exploitation des données PCS apporte des informations précieuses sur le déroulement de la grossesse et l'état de santé du nouveau-né et permet d'orienter l'action de santé publique. Il est cependant important de noter que chaque naissance correspond à un certificat ce qui engendre des biais quand il faut utiliser les données maternelles particulièrement en cas de grossesse multiple. Aussi, quand cela était possible, les données maternelles des PCS sont comparées aux données du PMSI qui correspondent au séjour des mères avec accouchement et donc un seul séjour est comptabilisé même s'il s'agit de naissances de jumeaux. Bien heureusement, ces comparaisons ont montré des chiffres proches entre les deux bases voire des chiffres plus élevés dans le PMSI suggérant que ce biais ne fausse pas complètement les données maternelles issues des PCS. De plus, ce biais a été pris en compte en effectuant pour certains indicateurs des analyses de sensibilité en excluant les grossesses multiples.

## 11 | CONCLUSION ET PERSPECTIVES

Le premier certificat de santé est une source d'information non négligeable en santé périnatale. Son taux d'exhaustivité et les informations qu'il renseigne sont d'une importance capitale pour le suivi épidémiologique de la santé périnatale. Cette base de données est actuellement la seule qui renferme à la fois les informations sur le déroulement de la grossesse, les comportements à risque maternel, les conditions socioéconomiques des parents, le déroulement de l'accouchement et l'état de santé de l'enfant à la naissance. Les informations contenues dans les PCS pourraient être d'une grande richesse pour l'étude des disparités sociales de santé en périnatalogie si le recueil des données notamment sociodémographiques était de meilleure qualité. Mais l'importance des données manquantes est la grande faiblesse de cette base pour l'étude des inégalités sociales de santé. L'arrivée du certificat électronique pourrait aider à pallier cette faiblesse. Une sensibilisation des professionnels de santé quant à l'importance de l'information recueillie est un axe à envisager.

Par ailleurs, l'analyse au niveau départemental est une belle approche mais reste grossière pour une région comme l'Île-de-France fortement marquée par des disparités territoriales parfois sensibles d'un quartier à l'autre. Une analyse au niveau géographique plus fin apportera une information plus ciblée. Un travail est en cours à l'ORS avec une analyse des PCS au niveau communal.



## 12 | REFERENCES

1. Légifrance. Loi n° 89-899 du 18 décembre 1989 relative à la protection et à la promotion de la santé de la famille et de l'enfance et adaptant la législation sanitaire et sociale aux transferts de compétences en matière d'aide sociale et de santé. Paris: Ministère des solidarités et de la santé; version 2021. JORF du 19 décembre 1989
2. Les certificats de santé de l'enfant. Paris: Ministères des solidarités et de la santé; 2016.
3. Vilain A. Le premier certificat de santé de l'enfant, certificat au 8<sup>e</sup> jour (CS8) 2017. Paris: Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques; 2018.
4. Légifrance. loi de santé publique du 9 août 2004, précisée par l'arrêté du 26 décembre 2005, modifié en juin 2013. 2004.
5. Crenn-Hebert C, Menguy C, Lebreton E, Poulain C. Rapport annuel du système d'information: Périnatal-ARS-IDF; 2017.
6. Coulm B, Bonnet C, Blondel B, Vanhaesebrouck A, Vilain A, Fresson J, Rey S, Gonzalez L, Raynaud P. Enquête nationale périnatale Rapport 2016: Les naissances et les établissements, situation et évolution depuis 2010. Paris: Ministères des solidarités et de la santé, ministère du travail et ministère de l'action et des comptes publics, Inserm, Drees; 2017.
7. Ministère des solidarités et de la santé. Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques (Drees). [en ligne] Data.drees.solidarites-sante.gouv.fr. Données statistiques publiques en santé et social. Available from: <https://data.drees.solidarites-sante.gouv.fr/pages/accueil/>
8. Insee [en ligne] Âge moyen de la mère à l'accouchement. Données annuelles de 1994 à 2020. Available from: <https://www.insee.fr/fr/statistiques/2381390>.
9. Volant S. Un premier enfant à 28,5 ans en 2015 : 4,5 ans plus tard qu'en 1974. Paris: Institut national de la statistique et des études économiques; 2017.
10. HAS. recommandations professionnelles: préparation à la naissance et à la parentalité. Paris; 2005.
11. Bacq Y. Hépatite virale B et Grossesse. *Gastroentérologie Clinique et Biologique* 2008; 32: S12-S19.
12. HAS. Recommandation de bonne pratique : Suivi et orientation des femmes enceintes en fonction des situations à risque identifiées. Paris; Mai 2016.
13. OMS [en ligne] Diabète. Available from: <https://www.who.int/fr/news-room/fact-sheets/detail/diabetes>.
14. Vincelet C, Carayol M, Harang-Cisse M, Marier A, Moron M, Dehé S, Senanedj P, Hennequin F, Février Y, Lebreton E, Poulain C, Zeitlin J. La santé des mères et des nouveau-nés franciliens en 2013: exploitation des premiers certificats de santé de l'enfant: Observatoire régional de santé (ORS) Île-de-France; 2016.
15. Virally M, Laloi-Michelin M. Méthodes du dépistage et du diagnostic du diabète gestationnel entre 24 et 28 semaines d'aménorrhée. *Journal de gynécologie obstétrique et biologie de la reproduction* 2010; 39: 220-238.
16. Le Ray C, Prunet C, Deneux-Tharaux C, Goffinet F, Blondel B. [Robson classification: A tool for assessment of caesarean practices in France]. *Journal de gynécologie, obstétrique et biologie de la reproduction* 2015; 44: 605-613.
17. Zeitlin J, Durox M, Macfarlane A, Alexander S, Heller G, Loghi M, Nijhuis J, Sól Ólafsdóttir H, Mierzejewska E, Gissler M, Blondel B; Euro-Peristat Network. 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.. Epub 2021 Feb 1. Accessible : doi: 10.1111/1471-0528.16634

# 13 | ANNEXES

**Annexe 1 :** Premier certificat de santé, ancien modèle utilisé jusqu'en 2017 et ayant servi pour les analyses du présent rapport

**PREMIER CERTIFICAT DE SANTÉ**  
À ÉTABLIR OBLIGATOIREMENT DANS LES 10 JOURS SUIVANT LA NAISSANCE.  
Article L. 2152-3 du Code de la Santé Publique  
N° 1229703

**Enfant**  
Nom : \_\_\_\_\_ Prénoms : \_\_\_\_\_  
Date de naissance : \_\_\_\_\_ Sexe :  M.  F. N° FINES : \_\_\_\_\_  
Lieu de naissance (nom de l'établissement, adresse complète) : \_\_\_\_\_  
Code postal : \_\_\_\_\_ Commune : \_\_\_\_\_  
Adresse du domicile : \_\_\_\_\_  
M.  Mme  Mlle  Non  Tél. : \_\_\_\_\_  
Code postal : \_\_\_\_\_ Commune : \_\_\_\_\_

**Famille**  
Nom de naissance de la mère : \_\_\_\_\_ Date de naissance : \_\_\_\_\_  
Prénoms : \_\_\_\_\_  
Nombre d'enfants vivant au foyer avant la nouvelle naissance : \_\_\_\_\_  
Niveau d'études de la mère :  1 Ecole primaire  2 Collège  3 Bac  4 +  5 Autre

**Examen médical**  
Médic(e) : cachet - téléphone : \_\_\_\_\_  
Conclusions, précisions et commentaires : \_\_\_\_\_  
L'enfant nécessite une surveillance médicale particulière :  oui  non  
Je souhaite être contacté(e) par le médecin de PMI :  oui  non  
Je soussigné(e) : \_\_\_\_\_  
atteste avoir examiné l'enfant le : \_\_\_\_\_  
Nom et adresse du médecin qui suit l'enfant : \_\_\_\_\_  
Signature : \_\_\_\_\_

**PARTIE MÉDICALE**

**Antécédents**  
Nombre d'enfants :  Nés avant 27 semaines  pesant moins de 2500 g  mort-nés   
Nés vivants puis décédés avant 28 jours :  oui  non   
Antécédents de césarienne :  oui  non

**Grossesse**  
Gestité : \_\_\_\_\_ Partis : \_\_\_\_\_  
Poids (kg) Taille (cm) \_\_\_\_\_  
Déclaration de grossesse :  Non suivie   
H4 trimestre  2<sup>e</sup> trimestre  3<sup>e</sup> trimestre   
Dépistage trisomie 21 :  Non  Oui

**Pathologie de la grossesse**  
Nombre total d'échographies : \_\_\_\_\_  
Échographie morphologique :  Non  Oui   
Entretien prénatal précoce :  Non  Oui   
Recherche antigène Hbs :  Non  Oui

**Autres pathologies (pères) :**  Diabète gestationnel  HTA traitée  Autre pathologie (préciser) : \_\_\_\_\_  
Alcool consommé pendant la grossesse (semaines) : \_\_\_\_\_  
Tabac consommé (cigarettes/jour) : \_\_\_\_\_

**Pathologie en cours de grossesse :**  Non  Oui   
Si oui, préciser :  Prééclampsie  HTA traitée  Diabète gestationnel  Autre pathologie (préciser) : \_\_\_\_\_  
Hospitalisation y compris au domicile (en nb de jours) : \_\_\_\_\_  
Motif de l'hospitalisation : HTA  PAG  MAP   
Autres motifs :  Positif  Négatif

**Accouchement**  
Nombre de fœtus :  Si > 1, rang de naissance : \_\_\_\_\_  
Âge gestationnel (en semaines d'aménorrhées) : \_\_\_\_\_  
Présentation :  Sommet  Siège  Autre   
Début de travail :  Spontané  Déclenché  Césarienne avant travail   
Rupture membranaire plus de 12 heures avant l'accouchement :  Non  Oui

**Autres informations**  
Analgésie :  Aucune  Péridurale  Générale  Rachi-épidurale  Autre   
Naissance par :  Voie basse non instrumentale  Extraction voie basse instrumentale  Césarienne   
En cas de naissance par césarienne, quelle est l'indication : Cause maternelle  Cause fœtale

**État de l'enfant à la naissance**  
Poids (kg) Taille (cm) \_\_\_\_\_  
Périmètre crânien (cm) \_\_\_\_\_  
Appar à 1 mm \_\_\_\_\_ Appar à 5 mm \_\_\_\_\_  
L'état de l'enfant a-t-il nécessité des gestes techniques spécialisés ?  Non  Oui   
Si oui, préciser :  Secours  Réanimation  VISH  Mécanotage  U Kangourou  Autres  Précisez : \_\_\_\_\_  
Mère hospitalisée  Autre hôpital  Adresse : \_\_\_\_\_

**Pathologies de la première semaine**  
Détresse respiratoire  Non  Oui   
Antibiothérapie (de plus de 48 heures)  Non  Oui   
Pathologie neurologique  Non  Oui   
Urgence chirurgicale  Non  Oui   
Autres (préciser) : \_\_\_\_\_

**Anomalies congénitales**  
Anomalies du tube neural  Non  Oui   
Fente labio-palatine  Non  Oui   
Atresie de l'œsophage  Non  Oui   
Céphalohémie, gastroscisis  Non  Oui   
Réduction de membres ou absence d'éléments costaux  Non  Oui   
Malformation rénale  Non  Oui   
Hydrocéphalie  Non  Oui   
Malformation cardiaque  Non  Oui   
Trisomie 21  Non  Oui   
Autres (préciser) : \_\_\_\_\_

**Autres informations**  
Allaitement au sein  Non  Oui   
Vaccination par le BCG  Non  Oui   
Hépatite B : vaccination  Non  Oui   
Injection d'immunoglobulines  Non  Oui   
Vérification de l'audition  Non  Oui   
Résultat : Normal  À surveiller   
Décès de l'enfant :  Non  Oui   
Âge au moment du décès en jours \_\_\_\_\_ ou heures \_\_\_\_\_  
Cause du décès : \_\_\_\_\_

**Annexe 2 :** Premier certificat de santé, nouveau modèle (dernière mise à jour de 2018)

**PREMIER CERTIFICAT DE SANTÉ**  
À ÉTABLIR OBLIGATOIREMENT DANS LES 10 JOURS SUIVANT LA NAISSANCE.  
Article L. 2152-3 du Code de la Santé Publique  
N° 1229703

**Enfant**  
Nom : \_\_\_\_\_ Prénoms : \_\_\_\_\_  
Date de naissance : \_\_\_\_\_ Sexe :  M.  F. N° FINES : \_\_\_\_\_  
Lieu de naissance (nom de l'établissement, adresse complète) : \_\_\_\_\_  
Code postal : \_\_\_\_\_ Commune : \_\_\_\_\_  
Adresse du domicile : \_\_\_\_\_  
M.  Mme  Mlle  Non  Tél. : \_\_\_\_\_  
Code postal : \_\_\_\_\_ Commune : \_\_\_\_\_

**Famille**  
Nom de naissance de la mère : \_\_\_\_\_ Date de naissance : \_\_\_\_\_  
Prénoms : \_\_\_\_\_  
Nombre d'enfants vivant au foyer avant la nouvelle naissance : \_\_\_\_\_  
Niveau d'études de la mère :  Ecole primaire  Collège  Lycée  Bac+1 ou +2  Bac+3 et +

**Examen médical**  
Médic(e) : cachet - téléphone : \_\_\_\_\_  
Conclusions, précisions et commentaires : \_\_\_\_\_  
L'enfant nécessite une surveillance médicale particulière :  Non  Oui   
Je souhaite être contacté(e) par le médecin de PMI :  Non  Oui   
Je soussigné(e) : \_\_\_\_\_  
atteste avoir examiné l'enfant le : \_\_\_\_\_  
Nom et adresse du médecin qui suit l'enfant : \_\_\_\_\_  
Signature : \_\_\_\_\_

**PARTIE MÉDICALE**

**Antécédents**  
Nombre d'enfants :  Nés avant 27 semaines  pesant moins de 2500 g  Mort-nés   
Nés vivants puis décédés avant 28 jours :  Non  Oui   
Antécédents de césarienne :  Non  Oui

**Grossesse**  
Gestité : \_\_\_\_\_ Partis : \_\_\_\_\_  
Poids (kg) Taille (cm) \_\_\_\_\_  
Déclaration de grossesse :  Non suivie   
H4 trimestre  2<sup>e</sup> trimestre  3<sup>e</sup> trimestre   
Dépistage trisomie 21 :  Non  Oui

**Pathologie de la grossesse**  
Nombre total d'échographies : \_\_\_\_\_  
Échographie morphologique :  Non  Oui   
Entretien prénatal précoce :  Non  Oui   
Recherche antigène Hbs :  Non  Oui

**Autres pathologies (pères) :**  Diabète gestationnel  HTA traitée  Autre pathologie (préciser) : \_\_\_\_\_  
Alcool consommé pendant la grossesse (semaines) : \_\_\_\_\_  
Tabac consommé (cigarettes/jour) : \_\_\_\_\_

**Pathologie en cours de grossesse :**  Non  Oui   
Si oui, préciser :  Prééclampsie  HTA traitée  Diabète gestationnel  Autre pathologie (préciser) : \_\_\_\_\_  
Hospitalisation y compris au domicile (en nb de jours) : \_\_\_\_\_  
Motif de l'hospitalisation : HTA  PAG  MAP   
Autres motifs :  Positif  Négatif

**Accouchement**  
Nombre de fœtus :  Si > 1, rang de naissance : \_\_\_\_\_  
Âge gestationnel (en semaines d'aménorrhées) : \_\_\_\_\_  
Présentation :  Sommet  Siège  Autre   
Début de travail :  Spontané  Déclenché  Césarienne avant travail   
Rupture membranaire plus de 12 heures avant l'accouchement :  Non  Oui

**Autres informations**  
Analgésie :  Aucune  Péridurale  Générale  Rachi-épidurale  Autre   
Naissance par :  Voie basse non instrumentale  Extraction voie basse instrumentale  Césarienne   
En cas de naissance par césarienne, quelle est l'indication : Cause maternelle  Cause fœtale

**État de l'enfant à la naissance**  
Poids (kg) Taille (cm) \_\_\_\_\_  
Périmètre crânien (cm) \_\_\_\_\_  
Appar à 1 mm \_\_\_\_\_ Appar à 5 mm \_\_\_\_\_  
L'état de l'enfant a-t-il nécessité des gestes techniques spécialisés ?  Non  Oui   
Si oui, préciser :  Secours  Réanimation  VISH  Mécanotage  U Kangourou  Autres  Précisez : \_\_\_\_\_  
Mère hospitalisée  Autre hôpital  Adresse : \_\_\_\_\_

**Pathologies de la première semaine**  
Détresse respiratoire  Non  Oui   
Antibiothérapie (de plus de 48 heures)  Non  Oui   
Pathologie neurologique  Non  Oui   
Urgence chirurgicale  Non  Oui   
Autres (préciser) : \_\_\_\_\_

**Anomalies congénitales**  
Anomalies du tube neural  Non  Oui   
Fente labio-palatine  Non  Oui   
Atresie de l'œsophage  Non  Oui   
Céphalohémie, gastroscisis  Non  Oui   
Réduction de membres ou absence d'éléments costaux  Non  Oui   
Malformation rénale  Non  Oui   
Hydrocéphalie  Non  Oui   
Malformation cardiaque  Non  Oui   
Trisomie 21  Non  Oui   
Autres (préciser) : \_\_\_\_\_

**Autres informations**  
Allaitement au sein  Non  Oui   
Vaccination par le BCG  Non  Oui   
Hépatite B : vaccination  Non  Oui   
Injection d'immunoglobulines  Non  Oui   
Vérification de l'audition  Non  Oui   
Résultat : Normal  À surveiller   
Décès de l'enfant :  Non  Oui   
Âge au moment du décès en jours \_\_\_\_\_ ou heures \_\_\_\_\_  
Cause du décès : \_\_\_\_\_









### **Observatoire régional de santé Île-de-France**

15 rue Falguière - 75015 PARIS - Tél. (33) 01 77 49 78 60 - [www.ors-idf.org](http://www.ors-idf.org)

Président : Dr Ludovic Toro - Directrice de la publication : Dr. Isabelle Grémy

*L'ORS Île-de-France, département de L'Institut Paris Region, est un observatoire scientifique indépendant financé par l'Agence régionale de santé et le Conseil régional d'Île-de-France.*

ISBN 978-2-7371-2119-7