



# Études et Résultats

N° 848 • juillet 2013

## Surveillance de la grossesse en 2010 : des inégalités socio-démographiques

À partir de l'enquête nationale périnatale de 2010, cette étude analyse la surveillance prénatale des mères selon leurs caractéristiques socio-professionnelles, leur nationalité, leur âge et leur situation familiale. Elle confirme l'influence d'un gradient social dans les différentes dimensions du suivi prénatal des mères : déclaration de grossesse, suivi régulier grâce à des consultations mensuelles et des échographies, préparation à la naissance. Comme en 2003, davantage de femmes jeunes ou de classes sociales défavorisées ont un suivi insuffisant.

Les recommandations concernant les risques infectieux encourus pendant la grossesse sont peu connues et les examens concernant les dépistages demeurent mal compris par de nombreuses femmes, essentiellement parmi les plus défavorisées. Ces dernières présentent par ailleurs davantage de facteurs de risque pour leur santé et celle de leur enfant, que le suivi prénatal ne suffit donc pas à compenser.

**Annick VILAIN et Lucie GONZALEZ (DREES), avec la participation de Sylvie REY (DREES), Nicole MATET (DGS) et Béatrice BLONDEL (INSERM, U953)**

Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques (DREES)

Ministère de l'Économie et des Finances

Ministère des Affaires sociales et de la Santé

Ministère du Travail, de l'Emploi, de la Formation professionnelle et du Dialogue social

**D**e nombreux facteurs de risque pour la santé de la femme enceinte et de l'enfant à la naissance sont sur-représentés dans les milieux les plus défavorisés : grossesses aux âges précoces, conditions et modes de vie (vivre seule, ne pas avoir d'emploi...), consommation de tabac, expositions environnementales et conditions de travail défavorables<sup>1</sup>... Cela explique en partie les différences dans la santé de la mère et de l'enfant à l'issue de la grossesse. À ces facteurs s'ajoutent les difficultés d'accès et de recours aux soins.

Pour toutes les grossesses, un suivi médical régulier et le plus précoce possible est recommandé<sup>2</sup>. Il vise à identifier les facteurs de risque afin d'améliorer la santé périnatale et de réduire les inégalités. Son contenu est défini précisément par la réglementation<sup>3</sup> : la consultation du premier trimestre et les six autres consultations à partir du quatrième mois sont obligatoires ainsi que certains examens biologiques. À cela s'ajoutent les recommandations de bonnes pratiques de la Haute Autorité de santé (HAS). Rassemblées dans un document en 2007<sup>4</sup>, elles concernent le suivi échographique, mais aussi l'entretien prénatal précoce<sup>5</sup>, l'information sur les effets du tabac, de l'alcool, de la drogue, sur les pathologies connues (diabète, hypertension artérielle, etc.). Outre le dépistage de ces maladies sont également conseillées une vérification de l'état vaccinal (rubéole, mais aussi DT-polio et coqueluche) et l'information sur le dépistage de la trisomie 21.

Cette étude, menée à partir de l'enquête nationale périnatale 2010 (encadré 1), présente une analyse de la surveillance prénatale (organisation et contenu) et du niveau d'information des femmes enquêtées sur la réalisation et les objectifs des différents examens. Elle confirme le rôle des déterminants sociaux (niveau d'études, catégorie socio-professionnelle, situation sur le marché du travail, perception de minima sociaux, revenu...) et personnels (âge, vie en couple, rang de la grossesse, nation-

nalité...) dans les disparités de suivi des grossesses, comme il a déjà été observé dans l'étude menée à partir de l'édition 2003 de l'enquête.

### **Les femmes sans emploi sont deux fois plus nombreuses à déclarer leur grossesse hors délai**

En France, la déclaration de grossesse doit être adressée par la future mère à l'organisme d'assurance maladie avant la fin de la 14<sup>e</sup> semaine de grossesse, pour permettre une prise en charge de certaines consultations et examens. Pour la première fois, depuis 1995, la part des femmes ayant déclaré leur grossesse après le premier trimestre a augmenté de manière significative en 2010 (7,8 % contre 4,9 % en 2003).

Toutes choses égales par ailleurs, la déclaration tardive est corrélée aux âges extrêmes (inférieurs à 25 ans ou supérieurs à 40 ans), au nombre de grossesses (4 ou plus), à une absence de vie en couple, à un revenu faible (moins de 1 000 euros par unité de consommation), à l'absence d'emploi et à une nationalité étrangère. Les femmes au foyer ou étudiantes déclarent plus tardivement leur grossesse : 15 % des femmes sans emploi contre 4 % des femmes qui en ont un. Bénéficier de la couverture maladie universelle (CMU) ou universelle complémentaire (CMU-C) ou de l'aide médicale d'État (AME) et ne pas avoir de mutuelle sont aussi corrélés à une déclaration tardive.

La déclaration hors délai de la grossesse renvoie donc à des situations de précarité et s'explique probablement principalement par un premier accès très tardif au système de soins.

### **Un niveau d'études élevé est associé à un suivi régulier**

Le nombre moyen de visites prénatales effectivement réalisées est supérieur à 7, nombre fixé par la réglementation pour une grossesse menée à terme. Il est passé de 8,9 à 9,9 en l'espace de sept ans, pour l'ensemble des femmes, sans qu'il soit possible de déterminer dans quelle mesure cette augmentation est due à l'inclusion, en 2010, des consultations en

1. Pour une synthèse voir Leclerc *et al.* (2008).

2. Recommandations de la HAS : « Comment mieux informer les femmes enceintes », recommandations pour les professionnels de santé, La Plaine - Seine-Saint-Denis, HAS 2005.

3. Articles R 2122-1 et suivants du Code de la santé publique.

4. HAS, « Suivi et orientation des femmes enceintes en fonction des situations à risque identifiées », mai 2007.

5. Ce dispositif ne sera pas analysé ici, car il est très probable que cet entretien soit encore mal identifié par les patientes, ce qui rend délicate l'interprétation des écarts de recours, qui reposent sur les déclarations des femmes.

## L'enquête nationale périnatale de 2010

Les enquêtes nationales périnatales font partie des plans Périnatalité (cf. encadré 2 de l'*Études et Résultats* n° 775). Elles ont eu lieu en 1995, 1998, 2003 et 2010. Elles permettent de recueillir des informations sur l'état de santé, les soins périnataux et les facteurs de risque, à partir d'un échantillon représentatif des accouchements constitué de toutes les naissances en France pendant une semaine donnée. Le questionnaire est rempli pour partie en interrogeant la femme, et pour partie avec les informations contenues dans le dossier médical, en ce qui concerne les pathologies de la grossesse, le déroulement de l'accouchement et l'état de santé de l'enfant. La dernière enquête a eu lieu du 15 au 21 mars 2010 dans toutes les maternités de Métropole et dans les DOM à l'exception de la Martinique.

L'enquête a été mise en œuvre par la Direction générale de la santé (DGS), la Direction de la recherche, des études de l'évaluation et des statistiques (DREES) et l'Unité de recherche épidémiologique en santé périnatale et santé des Femmes et des enfants (Unité 953) de l'Institut national de la santé et de la recherche médicale (INSERM).

Elle a été réalisée avec la participation des services départementaux de la Protection maternelle et infantile et grâce à la contribution des personnels médicaux et administratifs travaillant dans les maternités. Elle a bénéficié d'un financement de la DREES et de la DGS.

En 2010 comme en 2003, une fiche supplémentaire a été remplie par chacun des établissements enquêtés, comprenant des renseignements sur l'équipe soignante, l'organisation de la prise en charge des femmes (transferts, modalités d'accompagnement à la sortie, organisation des consultations prénatales...) ainsi que l'environnement de la maternité (service de réanimation présent sur le site, lieu du bloc obstétrical...).

L'enquête périnatale permet aussi de mesurer l'impact des recommandations récentes sur certains aspects du suivi de grossesse, à partir des déclarations des femmes. Il s'agit du statut vaccinal, du dépistage d'anomalies congénitales, de l'identification des pathologies de la mère (cancer du col de l'utérus, diabète) et de conseils concernant les modes de vie (méfaits du tabac, de l'alcool<sup>1</sup> ou d'une prise de poids excessive).

Au total, l'échantillon comprend 15 418 naissances, soit 15 187 femmes, et concerne 543 établissements. Les premiers résultats sont présentés dans les *Études et Résultats* n° 775 et 776.

1. Sur ce point, voir l'article de Saurel-Cubizolles M.-J., Prunet C., Blondel B., 2013, « Consommation d'alcool pendant la grossesse et santé périnatale en France en 2010 », *Bulletin épidémiologique hebdomadaire* n° 16-17-18, mai 2013.

urgence ou pour un problème particulier, ce qui n'était pas le cas en 2003. Ces chiffres recouvrent d'importantes disparités : 8,5 % des femmes ont eu moins de 7 consultations prénatales et, parmi les femmes pouvant bénéficier du suivi complet (accouchement à terme et déclaration de grossesse au premier trimestre), 5,6 % ont eu moins de 7 visites en 2010, contre 5,8 % en 2003<sup>6</sup>. Parmi ce même groupe de femmes, 11 % des femmes de nationalité étrangère, dont 13 % parmi celles originaires d'Afrique subsaharienne, ont eu moins de 7 consultations prénatales, contre 5 % parmi celles de nationalité française. Toutes choses égales par ailleurs, chez les femmes ayant accouché à terme, la part de femmes ayant

eu moins de 7 visites est inversement proportionnelle au niveau d'études : 17 % parmi les femmes ayant un niveau primaire à moins de 5 % chez les femmes ayant un diplôme supérieur au baccalauréat.

L'analyse multivariée menée sur les femmes ayant déclaré leur grossesse au premier trimestre et n'ayant pas accouché prématurément (tableau 1) confirme le lien entre le fait d'avoir eu moins de 7 visites prénatales et un faible niveau de scolarisation, une nationalité étrangère, le fait d'être femme au foyer ou étudiante, une parité élevée (attente d'un quatrième enfant ou plus) ou un faible revenu. Il n'est pas observé d'écart significatif selon l'âge, la profession et le fait de vivre en couple.

L'observation par groupe d'âges montre une amélioration de la situation chez les femmes de moins de 20 ans (graphique 1).

### Les femmes plus jeunes et défavorisées ont un moins bon suivi échographique

Pour l'ensemble de celles qui ont accouché à terme, le nombre moyen d'échographies par femme s'élève à 5<sup>7</sup> (contre 4,5 en 2003) avec une augmentation à tous les âges (graphique 2), non liée au fait que les mères soient plus âgées en 2010<sup>8</sup>. La part de femmes ayant eu moins de 3 échographies a baissé en 2010 : 1,5 % des femmes ayant accouché à terme en Métropole, contre 2,3 % en 2003. Le fait d'avoir déclaré tardivement sa grossesse reste assez logiquement un signe d'alerte (8 %, contre moins de 1 % pour celles ayant déclaré dans les délais).

L'analyse multivariée montre que, comme en 2003, le niveau d'études, le revenu, l'âge, le fait de vivre en couple ou le rang de la grossesse conditionnent la réalisation des trois échographies, seule la troisième échographie étant remboursée à 100 % par l'Assurance maladie<sup>9</sup>.

### Seules certaines femmes bénéficient des séances de préparation à la naissance

La Sécurité sociale rembourse 8 séances de préparation à la naissance, particulièrement recommandées lors d'un premier accouchement. Les séances classiques sont remboursées à 100 % du tarif de base, à condition d'être animées par un médecin ou une sage-femme. La part des femmes qui ont suivi des séances de préparation à la naissance pour leur premier accouchement a augmenté, passant de 67 % en 2003 à 73 % en 2010. Les écarts selon la catégorie sociale de la femme ne sont cependant pas négligeables. Parmi les primipares, 92 % des cadres ont suivi une préparation contre 58 % des ouvrières non qualifiées et 40 % des femmes sans profession. Pour les femmes ayant suivi une préparation, le nombre de séances est également plus élevé pour les catégories les plus aisées, de 6,2 chez

6. Le chiffre cité dans l'ER 552 fait état de 6 % des femmes ayant déclaré leur grossesse au premier trimestre et ayant eu moins de 7 visites, quel que soit l'âge gestationnel à l'accouchement.

7. Aux trois examens échographiques systématiquement proposés à la femme enceinte aux périodes optimales de dépistage de certaines pathologies peuvent s'ajouter des échographies supplémentaires. Les enquêtées peuvent également déclarer comme échographies les examens informels réalisés au cours des consultations prénatales par certains praticiens.

8. Le nombre moyen standardisé sur l'âge en 2003 reste à 5 échographies par femme.

9. Les deux premières échographies sont remboursées à 70 % par l'Assurance maladie (et une partie peut l'être par l'assurance complémentaire si la femme en dispose).

TABLEAU 1

## Suivi de grossesse et femmes ayant déclaré leur grossesse tardivement

	% des femmes ayant eu moins de 7 visites prénatales*	Odds ratios (*quand significatif)	% des femmes n'ayant pas déclaré sa grossesse au premier trimestre	Odds ratios (*quand significatif)
	6 %		7,8 %	
<b>Rang de la grossesse</b>				
Rang 1	4 %	réf.	7,4 %	réf.
Rang 2	5 %	1,1 [0,9;1,4]	6,6 %	1,0 [0,8;1,2]
Rang 3	7 %	1,5* [1,1;1,9]	7,7 %	1,1 [0,9;1,4]
Rang 4 et plus	10 %	1,8* [1,4;2,3]	10,8 %	1,3* [1,0;1,6]
<b>Vie en couple</b>				
Vie en couple	5 %	réf.	6,5 %	réf.
Pas de vie en couple	9 %	0,9 [0,7;1,3]	25,9 %	2,4* [2,0;2,9]
<b>Groupe d'âges</b>				
< 20 ans	6 %	0,7 [0,4;1,4]	27,4 %	2,6* [1,9;3,6]
20-24 ans	7 %	1,3 [0,9;1,7]	12,3 %	1,5* [1,2;1,8]
25-29 ans	5 %	1,1 [0,9;1,4]	6,8 %	1,1 [0,9;1,3]
30-34 ans	5 %	réf.	6,1 %	réf.
35-39 ans	7 %	1,2 [1;1,6]	6,1 %	0,8 [0,7;1,0]
40 ans et plus	7 %	1 [0,7;1,6]	5,5 %	1,5* [1,1;2,0]
<b>Niveau d'études</b>				
Non scolarisée	32 %	2,7* [1,5;5,1]	24,2 %	1,3 [0,8;2,0]
Primaire	17 %	1,3 [0,8;2,2]	19,6 %	1,0 [0,7;1,5]
Secondaire	8 %	réf.	10,8 %	réf.
Bac ou +	5 %	0,7* [0,6;0,9]	4,7 %	0,9 [0,8;1,1]
<b>Nationalité</b>				
France	5 %	réf.	6,3 %	réf.
Europe	10 %	1,5 [1,2;1,9]	13,8 %	1,6* [1,2;2,2]
Afrique du Nord	13 %	1,5* [1,1;2,1]	18,1 %	2,0* [1,5;2,5]
Afrique autres	15 %	1,6* [1,1;2,5]	25,3 %	1,9* [1,5;2,5]
Autres nationalités	10 %	1,4 [0,9;2,2]	16,5 %	2,0* [1,4;2,7]
<b>Profession</b>				
Agriculteur	8 %	0,9 [0,4;2,4]	4,1 %	0,7 [0,2;2,3]
Artisan	5 %	0,7 [0,3;1,4]	9,2 %	1,7* [1,0;2,9]
Cadre	4 %	réf.	3,7 %	réf.
Profession intermédiaire	4 %	0,8 [0,6;1,1]	4,1 %	1,1 [0,8;1,5]
Employé	4 %	0,6 [0,5;0,9]	6,2 %	1,2* [1,0;1,6]
Ouvrier non qualifié	9 %	0,9 [0,6;1,3]	10,8 %	1,3 [0,9;1,9]
Ouvrier qualifié	6 %	0,7 [0,4;1,1]	7,9 %	1,1 [0,7;1,7]
Sans profession	12 %	0,8 [0,6;1,2]	17,8 %	1,2 [0,9;1,7]
Services	7 %	0,6* [0,4;0,9]	10,6 %	1,4* [1,0;1,9]
<b>Activité</b>				
Emploi	4 %	réf.	4,4 %	réf.
Au foyer	13 %	1,4* [1,1;1,7]	17,3 %	1,7* [1,4;2,1]
Étudiante	8 %	1,3 [0,8;2,2]	19,9 %	1,5* [1,1;2,1]
Chômage	6 %	1,0 [0,8;1,3]	10,2 %	1,3* [1,1;1,6]
Autre	8 %	0,9 [0,4;2,0]	30,5 %	2,6* [1,7;3,8]
<b>Revenu par unité de consommation (tenant compte des familles mono-parentales)</b>				
< 500 €	12 %	1,4* [1,1;1,9]	13,8 %	1,3* [1,1;1,6]
500-1 000 €	10 %	1,2 [1;1,6]	12,3 %	1,3* [1,1;1,6]
1 000-1 500 €	6 %	réf.	5,4 %	réf.
≥ 1500 €	4 %	0,8 [0,6;1,0]	3,5 %	0,9 [0,7;1,1]
<b>Couverture sociale</b>				
CMU/AME	12 %	1,3* [1,0;1,7]	20 %	1,6* [1,4;2,0]
Couverture sociale et mutuelle	5 %	réf.	5 %	réf.
Couverture sociale sans mutuelle	11 %	1,6* [1,2;2,2]	19 %	2,4* [1,9;3,1]
Pas de couverture sociale	15 %	2,3* [1,1;4,6]	39 %	4,6* [3,1;6,8]

CMU : couverture maladie universelle ; AME : aide médicale d'État.

\*Naissance non prématurée et déclarée au premier trimestre.

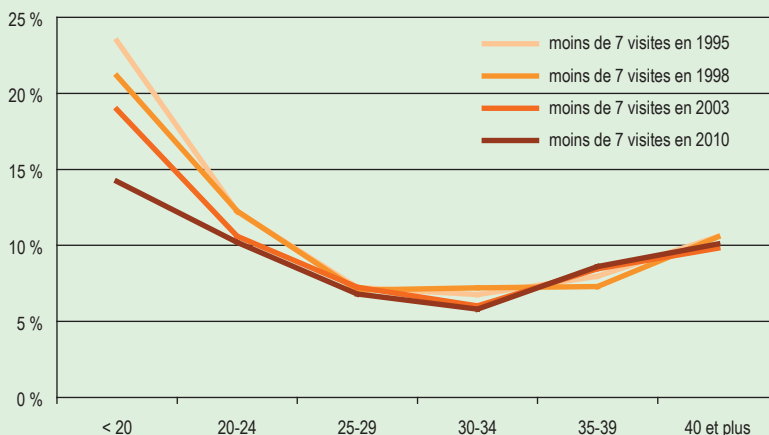
**Lecture** • Pour les femmes n'ayant pas été scolarisées, la probabilité d'avoir eu moins de 7 visites prénatales rapportée à celle d'avoir eu 7 visites ou plus est 2,7 fois plus élevée que pour la classe des femmes diplômées d'un niveau d'études secondaires (catégorie de référence).

**Champ** • Femmes ayant accouché en Métropole.

**Sources** • Enquête nationale périnatale 2010.

■ GRAPHIQUE 1

**Part des femmes ayant eu moins de 7 visites prénatales selon le groupe d'âges**

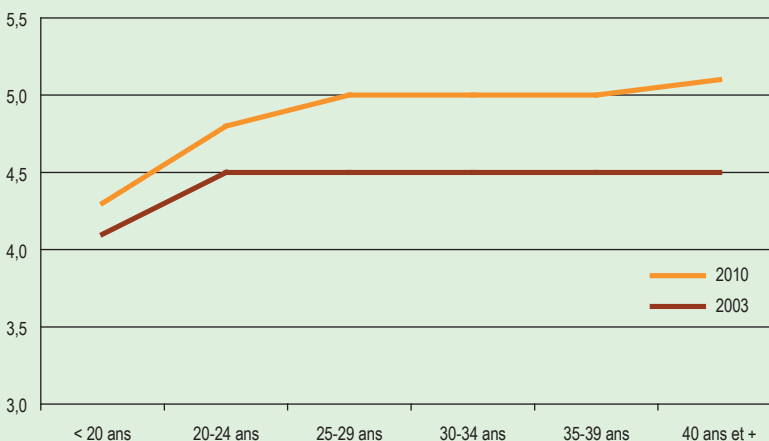


**Champ** • Femmes en Métropole, naissance à terme, quel que soit le trimestre de déclaration de la grossesse.

**Sources** • Enquêtes nationales périnatales 1995, 1998, 2003 et 2010. En 2010, précision apportée à la question : y compris les visites aux urgences.

■ GRAPHIQUE 2

**Nombre moyen d'échographies par groupe d'âges**



**Champ** • Femmes ayant accouché en France métropolitaine.

**Sources** • Enquêtes nationales périnatales 2003 et 2010.

**Le suivi dépend des caractéristiques sociales et personnelles**

Globalement, le niveau du suivi (date de la déclaration de grossesse, nombre de consultations prénatales, nombre d'échographies et séances de préparation à la naissance) est corrélé aux caractéristiques sociales des femmes, comme le fait d'être femme au foyer ou le niveau d'études. D'autres caractéristiques interviennent, dans une moindre mesure et pas pour toutes les composantes du suivi, comme la nationalité ou la vie en couple, qui semblent corrélées au nombre d'échographies, au trimestre de la déclaration de la grossesse ou aux séances de préparation à la naissance, mais pas au nombre de visites. La profession paraît liée surtout au nombre d'échographies réalisées, et au nombre de séances de préparation à la naissance, en lien avec la couverture maladie.

**Les risques infectieux moins bien connus chez les plus défavorisées**

Si les recommandations concernant le suivi de la grossesse prévoient depuis 2009<sup>10</sup> la vérification du statut vaccinal et une mise à jour des vaccinations des membres de l'entourage familial, les femmes n'apparaissent pas toutes bien informées sur ce point<sup>11</sup>. Seules 11 % des femmes disent avoir été informées sur la prévention de la coqueluche chez le nouveau-né. Un tiers des femmes potentiellement non immunisées contre la rubéole ont eu des recommandations pour se faire vacciner après leur accouchement<sup>12</sup>. Les femmes les moins bien informées se distinguent par une absence de vie en couple, un âge jeune, une absence de profession, une absence de couverture sociale en début de grossesse et une nationalité plus souvent étrangère hors Europe et Afrique.

**Les femmes cadres mieux dépistées pour le diabète que celles sans profession**

L'obésité est un des facteurs de risque de pathologies de la grossesse : diabète gestationnel, hypertension... Parmi les femmes enquêtées, 9,9 %

10. Voir les recommandations en matière de calendrier vaccinal concernant la période préconceptionnelle, émises par la HAS en 2009, suivant l'avis du Haut Conseil de la santé publique.  
11. La confrontation entre les données issues du dossier médical et celles fournies par la femme permet de confirmer qu'une part importante de femmes ne sont pas très bien informées sur leur propre situation.  
12. La vaccination faite juste après l'accouchement coupe la chaîne de transmission passant par la mère vers le nourrisson encore non vacciné.

les cadres à 5,6 chez les ouvrières et 4,8 chez les femmes sans profession, sans que l'on puisse définir le type de séances pour chaque femme : classique ou spécialisée, donc partiellement remboursée (en piscine, sophrologie, haptonomie...).

En cohérence avec les résultats précédents concernant la catégorie so-

ciale, l'analyse multivariée confirme que la proportion de primipares ayant eu une préparation à la naissance augmente avec le niveau scolaire et le niveau de revenu. Elle diminue lorsque la femme est très jeune, vit seule, est née hors de France ou n'a pas de couverture sociale en début de grossesse.

ont un indice de masse corporelle égal ou supérieur à 30 avant leur grossesse (contre 8,9 % parmi les femmes de 15 à 49 ans en France métropolitaine en 2008<sup>13</sup>), avec un net gradient social : 4,2 % chez les femmes titulaires d'un diplôme de niveau bac +5 et 12,3 % parmi les femmes non scolarisées ou avec un diplôme de niveau primaire.

Bien que le dépistage du diabète gestationnel ne soit pas recommandé systématiquement en l'absence de facteur de risque d'après les recommandations du Collège national des gynécologues et obstétriciens français de décembre 2010, 86 % des femmes savent qu'elles ont eu un dépistage du diabète pendant la grossesse alors que 2 % l'ignorent. Parmi les femmes obèses, particulièrement à risque, plus de 1 femme sur 10 (10,5 %) pense qu'elle n'a pas eu cet examen. Parmi les femmes étrangères, 18 % se disent non dépistées, et 4 % ne savent pas. Parmi les femmes sans profession ou au foyer, on retrouve 20 % de femmes se déclarant non dépistées, contre moins de 10 % parmi les cadres.

### Le suivi prénatal ne compense pas les inégalités socio-démographiques liées aux facteurs de risque

Les inégalités démographiques et sociales observées sur différents aspects du suivi de la grossesse sont de même type que celles observées sur les facteurs de risque, ce qui montre des limites aux objectifs attendus de la surveillance prénatale. Au final, dans les enquêtes nationales périnatales, on observe encore des différences sociales de prématurité et de petits poids de naissance selon le niveau d'études et le groupe social de la mère (Blondel, 2009). En 2010, la part d'enfants prématurés (nés à moins de 37 semaines d'aménorrhée), parmi les naissances uniques, qui a augmenté depuis 2003 est deux fois moins importante parmi les femmes cadres (3,7 %), que parmi celles qui sont ouvrières (6,1 %) ou personnels de services (7,9 %). La part de prématurés a baissé parmi les femmes cadres alors qu'elle a augmenté parmi les femmes ouvrières

ou employées comme personnels de service, d'où une augmentation des écarts. La différence est aussi flagrante en termes de niveau d'études<sup>14</sup>, avec 7,5 % d'enfants prématurés parmi les femmes ayant un diplôme niveau collège, contre 5 % parmi les bachelières.

Concernant les enfants de petit poids à la naissance, leur part a baissé entre 2003 et 2010, mais surtout parmi les femmes des catégories sociales supérieures, d'où une augmentation des écarts. Si 3,6 % des femmes cadres ont accouché d'un enfant pesant moins de 2,5 kg (5,7 % en 2003), c'est le cas de 6,5 % des femmes ouvrières (6,6 % en 2003) et de 6,9 % des femmes sans profession (7,4 % en 2003) ; 7,8 % des enfants issus de naissance unique de femmes ayant un niveau d'études du premier cycle du second degré ont un petit poids de naissance contre 4,3 % parmi les bachelières.

13. Enquête Handicap-Santé, volet ménages, 2008 (INSEE).  
14. Voir notamment sur ce point Zeitlin (2006), Foix-L'Hélias et al. (2000).

## Pour en savoir plus

- Blondel B., Lelong N., Kermarrec M., Goffinet F., 2012, « La santé périnatale en France métropolitaine de 1995 à 2010. Résultats des enquêtes nationales périnatales », *Journal de gynécologie obstétrique et biologie de la reproduction*, vol. 41, juin.
- Blondel B., Lelong N., Saurel-Cubizolles M.J., 2009, « Les femmes en situation précaire en France, déroulement de la grossesse et santé périnatale », Journées de la Société française de médecine périnatale.
- Blondel B., Kermarrec M., 2011, « La situation périnatale en France en 2010, premiers résultats de l'enquête nationale périnatale », *Études et Résultats*, DREES, n° 775, octobre.
- Vilain A., 2011, « Les maternités en 2010 : premiers résultats de l'enquête nationale périnatale », *Études et Résultats*, DREES n° 776, octobre.
- Foix-L'Hélias L., Ancel P.Y., Blondel B., 2000, Facteurs de risque de prématurité en France, *Journal de gynécologie obstétrique et biologie de la reproduction*, vol. 29, numéro 1, février, p. 5-65.
- Saurel-Cubizolles M.J., Saucedo M., Drewniak N., Blondel B., Bouvier-Colle M.-H., 2012, « Santé périnatale des femmes étrangères en France », numéro thématique du *Bulletin épidémiologique hebdomadaire*, Santé et recours aux soins des migrants, n° 2, 3, 4, janvier, p. 30-34.
- Rapport INSERM-DGS-DREES, 2011, « Les naissances en 2010 et leur évolution depuis 2003 », enquête nationale périnatale, DREES.
- Leclerc A., Kaminski M., Lang Th., 2008, *Inégaux face à la santé - Du constat à l'action*, Paris, La Découverte.
- Scheidegger S., Vilain A., 2007, « Disparités sociales et surveillance de grossesse », *Études et Résultats*, DREES, n° 552, janvier.
- Lasbeur L., Kaminski M., Ancel P.-Y., et al. et le groupe Epipage - Île-de-France 2006, « Analyser les inégalités socio-économiques de santé à partir des données du recensement. L'exemple de la grande prématurité à Paris-Petite couronne », *Population*, vol. 61, INED, avril.