

# Études et Résultats

drees

Instituts  
thématiques

Inserm

Institut national  
de la santé et de la recherche médicale

N° 897 • décembre 2014

## Grossesses à bas risque : interventions obstétricales selon les caractéristiques de la maternité en 2010

Les fermetures et fusions des maternités amorcées dans les années 1970 ont entraîné une concentration très importante des naissances dans les grandes maternités publiques. Cette évolution soulève des interrogations sur la prise en charge médicale des femmes au moment de l'accouchement. Dans certains pays, des études mettent ainsi en évidence un plus grand nombre d'interventions obstétricales dans les grandes maternités, y compris chez des femmes dont la grossesse ne présente pas de complications (dites à « bas risque »).

À partir de l'enquête nationale périnatale de 2010, cette étude décrit comment la fréquence des interventions obstétricales varie suivant le statut et la taille des maternités. Plus d'une femme sur deux dont la grossesse est à bas risque (52 %) a eu au moins une intervention obstétricale (travail déclenché, césarienne, extraction instrumentale, épisiotomie) en 2010. La probabilité d'avoir une intervention n'est pas plus élevée dans les grandes maternités. Elle l'est, en revanche, dans les maternités privées.

**Bénédicte COULM, Béatrice BLONDEL (Institut national de la santé et de la recherche médicale, U1153, Équipe de recherche en épidémiologie obstétricale, périnatale et pédiatrique, Centre de recherche épidémiologie et statistique Sorbonne Paris Cité, Université Paris-Descartes), avec la collaboration d'Annick VILAIN et de Sylvie REY (DREES)**

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

Ministère des Finances et des Comptes publics

Ministère des Affaires sociales, de la Santé et des Droits des femmes

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



**A**ctuellement, la moitié des femmes accouchent dans des maternités réalisant plus de 2 000 accouchements par an, contre moins de 16 % en 1995 (graphique 1). La concentration des naissances dans de grandes maternités, le plus souvent publiques et spécialisées, est susceptible de modifier les modalités de prise en charge des accouchements. On peut, en particulier, se demander si l'accouchement y est plus médicalisé, alors que les données scientifiques actuelles sont favorables à un nombre limité d'interventions (encadré 1), notamment chez les femmes présentant une grossesse à bas risque (encadré 2).

### 52 % des femmes ayant une grossesse à bas risque ont recours à une intervention lors de leur accouchement

Parmi les 9 530 femmes à bas risque enquêtées<sup>1</sup> (encadré 3), dont la grossesse ne présentait pas de complications, 24 % ont eu recours à un déclenchement du travail, 10 % à une césarienne, 15 % à une extraction instrumentale et 20 % à une épisiotomie (encadré 4). La moitié des femmes (52 %) ont eu au moins l'une de ces quatre interventions. Chez les 4 350 primipares, c'est-à-dire les femmes qui accouchent pour la première fois, les pourcentages de ces interventions étaient respectivement de 27 %, 17 %, 30 % et 35 %. 70 % des primipares ont eu au moins l'une de ces quatre interventions.

### Des pratiques pas plus fréquentes dans les grandes maternités

Les déclenchements, les césariennes et les épisiotomies ne sont pas plus fréquents dans les grandes maternités. Par exemple, le taux de césarienne est d'environ 10 %, quel que soit le nombre d'accouchements dans la maternité. Seul le risque d'extraction instrumentale y est un peu plus important, multiplié par 1,2 dans les maternités de 3 000 accouchements ou plus par an, en comparaison avec celles de moins de 1 000 accou-

chements, à statut de maternité, âge gestationnel, poids de naissance, âge maternel, parité, indice de masse corporelle (IMC), pays de naissance et niveau d'études identiques (tableau 1). Par ailleurs, la fréquence des quatre interventions étudiées ne diffère pas suivant le niveau de spécialisation des maternités<sup>2</sup>.

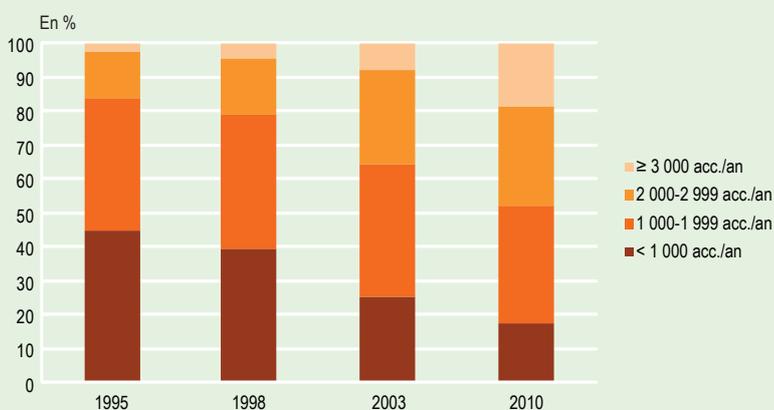
L'absence de lien entre la fréquence des interventions et la taille de l'établissement pourrait s'expliquer par des mécanismes de compensation entre des effets contraires. D'une part, les grands établissements (ou les établissements très spécialisés) sont susceptibles d'appliquer des politiques de prise en charge plus interventionnistes, par une transposition des protocoles dédiés aux femmes enceintes à haut risque (nombreuses dans les grandes maternités) vers les

femmes présentant des grossesses à bas risque. D'autre part, les obstétriciens des grandes maternités (ou des maternités très spécialisées) peuvent être davantage incités à adopter des prises en charge fondées sur les connaissances scientifiques les plus récentes (Jamtvedt, 2003) [Chaillet, 2007]. Ces maternités étant souvent universitaires, les professionnels sont en effet responsables de la formation des étudiants et de l'animation d'activités de recherche.

Par ailleurs, la réglementation relative aux conditions de fonctionnement des maternités pourrait limiter les différences entre les établissements les plus petits et les autres : la présence d'une équipe médicale complète sur place ou en astreinte opérationnelle 24 heures sur 24 est obligatoire dans chaque maternité et les possibilités

GRAPHIQUE 1

### Évolution de la répartition des accouchements entre 1995 et 2010 selon la taille des maternités



**Lecture** • La part des accouchements dans les maternités de 3 000 accouchements ou plus par an a augmenté entre 1995 et 2010, de 2 % à 19 %. Dans le même temps, la part des accouchements dans les maternités de moins de 1 000 accouchements par an a diminué, passant de 45 % en 1995 à 17 % en 2010.

**Champ** • France métropolitaine.

**Sources** • Enquêtes nationales périnatales.

### ENCADRÉ 1

#### Interventions médicales pendant l'accouchement

Limiter le nombre d'interventions médicales pendant l'accouchement est une préoccupation notable, car ces interventions peuvent avoir des effets indésirables. Elles provoquent l'insatisfaction de certains couples qui souhaitent un accouchement naturel dans un cadre peu médicalisé et elles représentent un coût financier. Des recommandations existent contre la pratique systématique d'une épisiotomie, par exemple (CNGOF, 2006) [Carroli, 2009]. Face à ces préoccupations, il est important de suivre régulièrement la fréquence des principales interventions réalisées pendant l'accouchement, prises séparément ou globalement sous la forme d'un indicateur de réalisation d'au moins une intervention pendant l'accouchement, chez les femmes à bas risque obstétrical.

1. D'après l'enquête nationale périnatale de 2010.

2. Trois types de maternités sont définis : un établissement est dit de type 1 s'il possède un service d'obstétrique, de type 2 s'il a un service de néonatalogie sur le même site que le service d'obstétrique, et de type 3 s'il dispose, sur le même site que le service d'obstétrique, d'un service de réanimation néonatale et d'un service de néonatalogie.

de maintien des maternités réalisant moins de 300 accouchements par an sont limitées (décrets n° 98-899 et n° 98-900 du 9 octobre 1998).

### Plus d'interventions dans les maternités privées

Le risque d'avoir une intervention lors de l'accouchement est 1,2 fois supérieur dans les maternités privées (IC 95 % 1,2-1,3)<sup>3</sup>, en comparaison avec les maternités publiques, après la prise en compte des caractéristiques des mères et des nouveau-nés et de la taille de la maternité (tableau 1). La probabilité d'avoir une césarienne ou une épisiotomie est multipliée par 1,3 dans les maternités privées, et celle d'avoir un déclenchement ou une extraction instrumentale est respectivement multipliée par 1,4 et 1,5. Plusieurs hypothèses peuvent expli-

quer cette situation. La crainte du risque médico-judiciaire et des poursuites pourrait être plus forte dans les maternités privées, et amènerait les praticiens à pratiquer plus facilement une césarienne ou un déclenchement, afin d'anticiper des risques potentiels pour la mère ou le nouveau-né. En France, ces pressions seraient en effet plus importantes en médecine libérale, puisque c'est le médecin lui-même et non pas l'établissement, comme dans le secteur public, qui endosse la responsabilité civile médicale et encourt une condamnation en cas de poursuites.

Le gain de temps apporté par une césarienne ou des interventions programmées pourrait également permettre à l'obstétricien d'organiser et de mieux gérer son temps de travail, car il est souvent amené à réaliser

des consultations parallèlement à son activité en salle de naissance, parfois même en dehors de la maternité. Par ailleurs, dans le secteur privé, l'obstétricien assure le plus souvent seul le suivi d'une patiente, avec laquelle il peut avoir une relation plus individualisée que dans le secteur public ; les praticiens du secteur privé pourraient, par exemple, accéder plus facilement aux demandes des femmes qui souhaitent un déclenchement ou une césarienne, même en dehors de toute indication médicale. Enfin, les sages-femmes, qui auraient une approche moins interventionniste de l'accouchement que les obstétriciens (Reime, 2004) [Tan, 2008], réalisent moins souvent les accouchements dans les établissements privés (44 % en cas de voie basse spontanée) que dans les établissements publics (92 %).

#### ENCADRÉ 2

### Les femmes présentant des grossesses à bas risque de complications

Les femmes à bas risque obstétrical sont des femmes pour lesquelles la probabilité d'avoir un accouchement par voie basse sans complication, d'un enfant unique vivant et en bonne santé est élevée. Ce groupe de femmes a été obtenu en excluant les cas de pathologie grave préexistante, les antécédents obstétricaux défavorables et les complications de la grossesse les plus fréquemment trouvés dans la littérature. D'après ces critères, 65 % des femmes incluses dans l'enquête nationale périnatale 2010 étaient considérées à bas risque obstétrical. Cette sélection a permis de constituer un groupe de femmes *a priori* comparable d'une maternité à l'autre, en atténuant les variations de recrutement entre services. La sélection s'est faite ici sur la base d'événements antérieurs au début du travail, sans tenir compte des éventuelles complications survenues pendant l'accouchement, dont certaines peuvent justifier une intervention. Le groupe des femmes à bas risque obstétrical ne constitue donc pas un groupe dans lequel on ne devrait observer aucune intervention obstétricale.

#### ENCADRÉ 3

### L'enquête nationale périnatale de 2010

Les enquêtes nationales périnatales (ENP) contribuent au suivi et à l'évaluation des plans Périnatalité. Elles ont eu lieu en 1995, 1998, 2003 et 2010. Elles recueillent 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. Le questionnaire est rempli pour partie en interrogeant la femme enceinte, et pour partie avec les informations contenues dans le dossier médical, pour les pathologies de la grossesse, le déroulement de l'accouchement et l'état 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. Au total, 14 681 femmes ont été incluses dans l'ENP de 2010, dans 535 établissements.

L'enquête a été mise en œuvre par la direction de la recherche, des études de l'évaluation et des statistiques (DREES), la direction générale de la santé (DGS) et l'équipe de recherche en épidémiologie périnatale, obstétricale et pédiatrique (EPOPé) de l'Institut national de la santé et de la recherche médicale (INSERM) [U1153]. Elle a été réalisée avec la participation des services départementaux de Protection maternelle et infantile (PMI) et grâce à la contribution des personnels médicaux et administratifs des maternités. Elle a été financée par la DREES et la DGS.

### Des actes plus fréquents chez les primipares âgées et les femmes obèses

Les primipares, les femmes âgées de 35 ans ou plus, les femmes obèses et les femmes originaires d'Afrique du Nord et d'Afrique subsaharienne, ont des facteurs de risque bien connus de complications pendant l'accouchement (Guihard, 2001) [Khoshnood, 2008] [Saurel-Cubizolles, 2012] ; en 2010, elles ont une probabilité plus élevée d'avoir une intervention obstétricale. La probabilité est multipliée par 2,3 (IC 95 % 2,1-2,5) chez les primipares par rapport aux femmes multipares<sup>4</sup>, par 1,2 (IC 95 % 1,1-1,3) chez les femmes de 35 ans ou plus en comparaison avec les femmes de 25-29 ans, par 1,1 (IC 95 % 1,1-1,2) chez les femmes nées en Afrique du Nord en comparaison avec les femmes nées en France et par 1,1 (IC 95 % 1,1-1,2) chez les femmes obèses en comparaison avec celles ayant un IMC normal, après la prise en compte des autres facteurs de risque (tableau 1). En revanche, le fait d'être née en Afrique subsaharienne et le niveau d'études des femmes ne sont pas associés à des probabilités plus élevées d'interventions obstétricales, une fois pris en compte les autres facteurs de risque.

3. L'intervalle de confiance (IC) à 95 %, qui permet de définir la marge d'erreur entre les données d'un sondage et les données de la population totale, est compris entre 1,2 et 1,3.

4. Ayant accouché au moins une fois avant l'enquête.

■ TABLEAU 1

## Fréquence des interventions obstétricales selon la taille et le statut des maternités

	Effectifs	Fréquence (en %)	Risque relatif (3)	IC à 95 %
<b>Déclenchement</b>	<b>9 334</b>	<b>23,9</b>		
Taille de la maternité (acc./an)				
<1 000	1 732	24,5	réf.	
1 000-1 999	3 295	23,6	0,9	0,8-1,1
2 000-2 999	2 668	23,7	1,0	0,9-1,1
≥3 000	1 639	24,1	1,0	0,9-1,1
Statut				
Public	6 685	22,0	réf.	
Privé	2 649	28,8	1,4	1,3-1,5
<b>Césarienne</b>	<b>9 437</b>	<b>10,1</b>		
Taille de la maternité (acc./an)				
<1 000	1 749	10,4	réf.	
1 000-1 999	3 327	10,4	0,9	0,8-1,1
2 000-2 999	2 707	9,6	0,9	0,7-1,0
≥3 000	1 654	10,3	0,9	0,8-1,1
Statut				
Public	6 740	9,5	réf.	
Privé	2 697	11,9	1,3	1,1-1,4
<b>Extraction instrumentale</b>	<b>8 480</b>	<b>15,2</b>		
Taille de la maternité (acc./an)*				
<1 000	1 567	12,7	réf.	
1 000-1 999	2 982	14,8	1,1	1,0-1,3
2 000-2 999	2 447	16,4	1,3	1,1-1,5
≥3 000	1 484	16,6	1,2	1,0-1,5
Statut				
Public	6 103	13,4	réf.	
Privé	2 377	19,7	1,5	1,3-1,6
<b>Épisiotomie (1)</b>	<b>7 122</b>	<b>19,6</b>		
Taille de la maternité (acc./an)*				
<1 000	1 360	19,9	réf.	
1 000-1 999	2 519	21,0	1,0	0,9-1,2
2 000-2 999	2 022	19,2	0,9	0,8-1,1
≥3 000	1 227	17,0	0,8	0,7-1,0
Statut				
Public	5 232	18,2	1,0	
Privé	1 896	23,4	1,3	1,2-1,4
<b>Au moins une intervention (2)</b>	<b>9 530</b>	<b>52,0</b>		
Taille de la maternité (acc./an)				
<1 000	1 768	51,1	réf.	
1 000-1 999	3 370	52,7	1,0	1,0-1,1
2 000-2 999	2 721	52,1	1,0	0,9-1,1
≥3 000	1 671	51,1	1,0	0,9-1,0
Statut				
Public	6 801	48,6	réf.	
Privé	2 729	60,4	1,2	1,2-1,3

IC : intervalle de confiance ; réf. : référence.

Modèle linéaire généralisé associé à une loi de poisson.

\* association statistiquement significative au seuil de 5 %, en analyse bivariée.

(1) Épisiotomie parmi les femmes ayant eu un accouchement par voie basse non instrumentale.

(2) Déclenchement du travail ou césarienne ou extraction instrumentale ou épisiotomie.

(3) Risques relatifs ajustés à la taille et au statut de la maternité, à l'âge gestationnel, au poids de naissance, à l'âge maternel, à la parité, à l'indice de masse corporelle (IMC), au pays de naissance et au niveau d'études.

**Note de lecture** • Les effectifs représentent les femmes potentiellement concernées par un type d'interventions citées. Parmi les 7 122 femmes ayant eu un accouchement par voie basse non instrumentale, 19,6 % ont eu une épisiotomie. Dans les maternités privées, la probabilité d'avoir un déclenchement du travail est multipliée par 1,4 par rapport aux maternités publiques (groupe de référence), celle d'avoir une césarienne ou une épisiotomie multipliée par 1,3, et celle d'avoir une extraction instrumentale multipliée par 1,5, à taille de la maternité, âge gestationnel, poids de naissance, âge maternel, parité, IMC, pays de naissance et niveau d'études identiques.

**Champ** • France métropolitaine.

**Sources** • Enquête nationale périnatale 2010.

■ ENCADRÉ 4

## Définitions

**Déclenchement** : mise en route artificielle du travail par une méthode médicamenteuse ou non médicamenteuse.

**Césarienne** : extraction du nouveau-né par incision de la paroi abdominale.

**Extraction instrumentale** : extraction par les voies génitales, avec l'aide de forceps, spatules ou ventouses.

**Épisiotomie** : incision chirurgicale du périnée pour faciliter le passage du nouveau-né.

**Parité** : nombre de grossesses menées à terme avec naissance d'un ou plusieurs enfants.

## Pour en savoir plus

- Blondel B., Lelong N., et al. 2012, « La santé périnatale en France métropolitaine de 1995 à 2010. Résultats des enquêtes nationales périnatales. » J Gynecol Obstet Biol Reprod (Paris) 41(2): 151-166.
- Blondel B., Zeitlin J., 2013, « Faut-il craindre les fermetures et fusions de maternités en France ? » J Gynecol Obstet Biol Reprod (Paris). 2013;42:407-9.
- Carroli, G. and Mignini, L., 2009, "Episiotomy for vaginal birth." Cochrane Database Syst Rev(1): CD000081.
- Chaillet N. and Dumont A., 2007, "Evidence-based strategies for reducing cesarean section rates: a meta-analysis." Birth 34(1): 53-64.
- CNGOF, 2006, « Recommandations pour la pratique clinique : épisiotomie. » J Gynecol Obstet Biol Reprod (Paris) 35(1 Suppl): 1S77-71S80.
- Coulm B., Blondel B., Alexander S., Boulvain M., Le Ray C., 2014, "Potential avoidability of planned cesarean sections in a French national database", Acta Obstet Gynecol Scand, 93(9), sept.
- Coulm B., Le Ray C., et al. 2012, "Obstetric interventions for low-risk pregnant women in France: do maternity unit characteristics make a difference?" Birth 39(3): 183-191.
- EUROPERISTAT Project with SCPE and EUROCAT, 2008, "European Perinatal Health Report: Better statistics for better health for pregnant women in their babies." Décembre 2008 : 280p. Disponible sur www.europeristat.com.
- Guihard P., Blondel B., et al., 2001, « Les facteurs associés à la pratique d'une césarienne en France. Résultats de l'enquête nationale périnatale de 1995. » J Gynecol Obstet Biol Reprod (Paris). 2001;30:444-543.
- Jamtvedt G., Young J. M., et al., 2003, "Audit and feedback: effects on professional practice and health care outcomes." Cochrane Databas SystRev(3): CD000259.
- Khoshnood B., Bouvier-Colle M.-H., Leridon H., Blondel B., 2008, « Impact de l'âge maternel élevé sur la fertilité, la santé de la mère et la santé de l'enfant. » J Gynecol Obstet Biol Reprod (Paris). 2008;37:733-47.
- Reime B., Klein M. C., et al., 2004, "Do maternity care provider groups have different attitudes towards birth?" BJOG 111(12): 1388-1393.
- Saurel-Cubizolles M., Saucedo M., et al., 2012, « Santé périnatale des femmes étrangères en France. » Bulletin épidémiologique hebdomadaire (BEH) 2-3-4 /17 janvier 2012.
- Tan W. M., Klein M. C., et al., 2008, "How do physicians and midwives manage the third stage of labor?" Birth 35(3): 220-229.
- Vilain A., Blondel B., Lelong N., 2011, « La situation périnatale en France en 2010. Premiers résultats de l'enquête nationale périnatale », Études et Résultats, DREES, n° 775, octobre.
- Vilain A., Gonzalez L., Rey S., Matet N., Blondel B., 2013, « Surveillance de la grossesse en 2010 : des inégalités socio-démographiques », Études et Résultats, DREES, n° 848, juillet.