

L'exemple des interventions médicales pour les grossesses à bas risques

A partir de l'enquête nationale périnatale de 2010, l'étude présentée ci-après 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.

Les données scientifiques actuelles sont en faveur d'une limitation des interventions médicales chez les femmes à bas risque. Ces interventions présentent

un risque d'effets iatrogènes et ont un coût financier. Elles provoquent en outre l'insatisfaction de certains couples qui souhaitent un accouchement plus naturel.

La fermeture de nombreuses maternités, à l'origine d'une concentration des naissances dans de plus grands services, ravive ces préoccupations : des études réalisées à l'étranger mettent en effet en évidence une fréquence plus élevée des interventions médicales dans les grandes maternités. Il est donc important de connaître la fréquence des principales interventions réalisées pendant l'accouchement chez les femmes à bas risque, qui représentent, selon les définitions, entre 60 et 80 % de l'ensemble des femmes qui accouchent.


Bénédicte Coulm
Béatrice Blondel
 Inserm, U1153
 Équipe de recherche en épidémiologie obstétricale, périnatale et pédiatrique, Centre de recherche épidémiologie et statistique Sorbonne Paris cité, université Paris-Descartes
Annick Vilain
 Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques (Drees)

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. 

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 anté-

rieurs 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. 



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

Parmi les 9530 femmes à bas risque enquêtées¹, dont la grossesse ne présentait pas de complications², 24 % d'entre elles ont eu un déclenchement du travail, 10 % une césarienne, 15 % une extraction instrumentale et 20 % une épisiotomie (lire les encadrés p. 17). La moitié des femmes (52 %) 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. Seul le risque d'extraction instrumentale y est un peu plus important, multiplié par 1,2 dans les maternités de 3000 accouchements ou plus par an, en comparaison avec celles de moins de 1000 accouchements, à statut de maternité, âge gestationnel, poids de naissance, âge maternel, parité, indice de masse corporelle (IMC), pays de naissance et niveau d'étude identiques (tableau 1). Par ailleurs, la fréquence des quatre interventions étudiées ne diffère pas suivant le niveau de spécialisation des maternités.

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) pourraient appliquer des politiques de prise en charge plus interventionnistes, par une transposition des protocoles dédiés aux femmes enceintes à haut risque vers les femmes présentant des grossesses à bas risque. D'autre part, les obstétriciens des grandes maternités (ou des maternités très spécialisées) pourraient être davantage incités à adopter des prises en charge fondées sur les connaissances scientifiques les plus récentes [11, 29]. Dans ces maternités, souvent universitaires, les professionnels assurent en effet 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 de pratique entre les services 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 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 (IC³ 95 % 1,2-1,3) supérieur dans les maternités privées, en comparaison avec les maternités publiques, après prise en compte des caractéristiques des mères et des nouveau-nés et de la taille de la maternité. La probabilité d'avoir une césarienne ou une épisiotomie est multipliée par 1,3 dans les maternités privées, et celles d'avoir un déclenchement ou une extraction instrumentale sont respectivement multipliées par 1,4 et 1,5. Plusieurs hypothèses peuvent expliquer 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 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 qui 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 en parallèle à son activité en salle de naissance, parfois même en dehors de la maternité. Par ailleurs, dans le secteur privé, les obstétriciens assurent le plus souvent seuls le suivi d'une patiente et 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 [47, 52], réalisent moins souvent les accouchements non instrumentaux dans les établissements privés (44 %) que dans les établissements publics (92 %).

3. Intervalle de confiance : permet de définir une marge d'erreur entre les données d'un sondage et les données de la population totale.

Les références entre crochets renvoient à la Bibliographie générale p. 57.

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

2. Les femmes à bas risque obstétrical ont été sélectionnées 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. Ainsi, le groupe des femmes à bas risque obstétrical ne constitue pas un groupe dans lequel on ne devrait observer aucune intervention obstétricale.

tableau 1

Fréquence des interventions obstétricales suivant la taille et le statut des maternités

	Effectifs	Fréquences en %	Risque relatif ³	IC à 95 %
Déclenchement	9 334	23,9		
Taille de la maternité (acc./an)				
< 1000	1 732	24,5	réf	
1 000-1999	3 295	23,6	0,9	0,8 ; 1,1
2 000-2999	2 668	23,7	1,0	0,9 ; 1,1
≥ 3000	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
Césarienne	9 437	10,1		
Taille de la maternité (acc./an)				
< 1000	1 749	10,4	réf	
1 000-1999	3 327	10,4	0,9	0,8 ; 1,1
2 000-2999	2 707	9,6	0,9	0,7 ; 1,0
≥ 3000	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
Extraction instrumentale	8 480	15,2		
Taille de la maternité (acc./an)*				
< 1000	1 567	12,7	réf	
1 000-1999	2 982	14,8	1,1	1,0 ; 1,3
2 000-2999	2 447	16,4	1,3	1,1 ; 1,5
≥ 3000	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
Épisiotomie¹	7 122	19,6		
Taille de la maternité (acc./an)*				
< 1000	1 360	19,9	réf	
1 000-1999	2 519	21,0	1,0	0,9 ; 1,2
2 000-2999	2 022	19,2	0,9	0,8 ; 1,1
≥ 3000	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
Au moins une intervention²	9 530	52,0		
Taille de la maternité (acc./an)				
< 1000	1 768	51,1	réf	
1 000-1999	3 370	52,7	1,0	1,0 ; 1,1
2 000-2999	2 721	52,1	1,0	0,9 ; 1,1
≥ 3000	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

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 · 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.

IC : intervalle de confiance.

Modèle linéaire généralisé associé à une loi de poisson. * association statistiquement significative au seuil de 5 %, en analyse bivariée.

Champ · France métropolitaine.

Sources · Enquête nationale périnatale 2010.