



# Enquête nationale périnatale

## Synthèse du rapport 2016

Les naissances et les établissements  
Situation et évolution depuis 2010

Rapport rédigé par l'INSERM et la DREES

Enquête réalisée avec la participation  
des Services départementaux de Protection maternelle  
et infantile et des Réseaux de santé en périnatalité

Le rapport complet est disponible sur :  
[drees.solidarite-sante.gouv.fr](http://drees.solidarite-sante.gouv.fr) / [www.epopé-inserm.fr](http://www.epopé-inserm.fr)

Octobre 2017

# **Enquête nationale périnatale**

## **Synthèse du rapport 2016**

**Les naissances et les établissements**

**Situation et évolution depuis 2010**

### **Ont participé à l'élaboration de ce rapport**

- Pour la partie sur les naissances

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

Bénédicte Coulm, Camille Bonnet, Béatrice Blondel

- Pour la partie sur les établissements

La Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques (DREES) : Sous-direction de l'Observation de la santé et de l'Assurance maladie, Bureau État de santé de la population

Alexis Vanhaesebrouck, Annick Vilain, Jeanne Fresson, Sylvie Rey

**Sous la direction de :** Béatrice Blondel (Inserm), Lucie Gonzalez et Philippe Raynaud (DREES)

**Mise en page :** Elisabeth Golberg

## Synthèse des résultats concernant les naissances

Des enquêtes nationales périnatales sont réalisées à intervalle régulier. Elles permettent de suivre l'évolution des principaux indicateurs périnataux relatifs à la santé, aux pratiques médicales et aux facteurs de risque, et de fournir des informations sur des questions particulières, pour aider à la décision et à l'évaluation des actions de santé. Quatre enquêtes de ce type ont déjà été réalisées en 1995, 1998, 2003 et 2010.

Ces enquêtes portent sur la totalité des naissances (enfants nés vivants et mort-nés) survenues pendant l'équivalent d'une semaine dans l'ensemble des maternités françaises, lorsque la naissance a eu lieu à au moins 22 semaines d'aménorrhée (SA) et / ou lorsque l'enfant pesait au moins 500 grammes. Les informations sont recueillies à partir du dossier médical des maternités et d'un entretien avec les femmes en suites de couches après leur accouchement (volet « naissance »). Par ailleurs, des données sont recueillies sur les caractéristiques des maternités et l'organisation des soins dans les services (volet « établissement »).

L'enquête réalisée en mars 2016 a permis un recueil sur 14 142 naissances auprès de 13 894 femmes, dont 13 384 naissances et 13 148 femmes en métropole et 758 naissances et 746 femmes dans les DROM.

Les données obtenues fournissent des estimations fiables des indicateurs et de leur évolution. La participation de quasiment toutes les maternités a permis d'obtenir un nombre de naissances très voisin de celui attendu selon les statistiques de l'INSEE, et les caractéristiques des mères, des accouchements et des nouveau-nés sont similaires à celles connues grâce aux statistiques sur les séjours hospitaliers issues du PMSI.

En métropole, les évolutions les plus marquantes depuis l'Enquête Nationale Périnatale de 2010 sont les suivantes :

- Des caractéristiques importantes du contexte de la grossesse ont tendance à évoluer de manière défavorable. Le report des naissances à des âges maternels plus élevés, observé depuis plusieurs décennies, se poursuit, alors que l'on sait que les risques pour la mère et l'enfant augmentent de manière sensible avec l'âge des femmes. L'augmentation du surpoids et de l'obésité est également préoccupante : en 2016 20 % des femmes sont en surpoids et près de 12 % sont obèses, contre respectivement 17 % et 10 % en 2010. En ce qui concerne le souhait de la grossesse et sa planification, la situation est plus nuancée : d'une part, les méthodes contraceptives avant la grossesse ont tendance à se diversifier, comme attendu suite aux

recommandations et, d'autre part, on assiste à une légère augmentation des grossesses sous contraception et des réactions nuancées à la découverte de la grossesse (souhait que la grossesse survienne plus tard). Toutefois, la plupart des grossesses sont prévues ou planifiées.

- Le contexte social dans lequel survient la grossesse a évolué de manière contrastée : l'augmentation du niveau d'études des femmes se poursuit et actuellement près de 55 % des femmes enceintes ont un niveau d'études supérieur au baccalauréat. En revanche, leur situation professionnelle et celle de leur partenaire s'est dégradée, et au total, 28 % des ménages ont reçu des aides publiques ou d'autres aides liées au chômage ou à un faible revenu pendant la grossesse (par exemple allocation d'aide au retour à l'emploi, RSA, ou prime d'activité).
- Le gynécologue-obstétricien demeure le professionnel le plus fréquemment consulté pour la surveillance prénatale ; toutefois, pour un quart des femmes, une sage-femme en maternité publique ou en secteur libéral a été la responsable principale de la surveillance dans les six premiers mois de la grossesse. Le rôle des sages-femmes comme professionnelles de premier recours dans la prise en charge des grossesses sans complication semble donc mieux pris en compte. Le taux d'hospitalisation prénatale et le nombre de consultations prénatales sont restés stables. En revanche, l'augmentation du nombre d'échographies se poursuit ; en 2016, 75 % des femmes ont eu plus que les trois échographies recommandées pour une grossesse sans complication, et 36 % en ont eu deux fois plus que recommandé.
- Le lieu d'accouchement évolue fortement : les accouchements ont lieu plus souvent en secteur public (CHU ou CH) (dont la part est passée de 64,1 % en 2010 à 69,2 % en 2016), dans des services spécialisés de type III (de 22,3 % à 26,4 %) et des services de grande taille (de 18,7 % à 29,0 % pour les services réalisant 3 000 accouchements et plus par an). Cette dernière évolution s'explique par une augmentation du nombre des très grandes maternités (voir la partie du rapport sur les établissements). Les sages-femmes ont un rôle croissant : elles réalisent 87,4 % des accouchements par voie basse non instrumentale contre 81,8 % en 2010, avec une nette augmentation dans le secteur privé à but lucratif.
- Le taux de prématurité n'a pas augmenté de manière significative parmi les naissances vivantes uniques, mais il a augmenté de manière régulière et significative entre 1995 (4,5 %) et 2016 (6,0 %) ; ce résultat pose question dans la mesure où d'autres pays réussissent à avoir des taux faibles et stables ou en baisse. Une augmentation de la fréquence des enfants de petit poids pour l'âge gestationnel est également observée entre 2010 et 2016. L'évolution d'autres indicateurs de l'état de santé de l'enfant, tels que l'augmentation des gestes de réanimation

effectués juste après la naissance et des transferts vers un service de néonatalogie mériterait un examen plus approfondi : elle pourrait provenir de changements d'organisation dans les services et d'une évolution des pratiques médicales, mais pourraient peut-être aussi refléter une certaine dégradation de l'état de santé des nouveau-nés.

Plusieurs questions permettent de savoir si certaines mesures de santé publique ont été appliquées ou si certaines recommandations médicales ont été suivies par les professionnels et les patientes. Les résultats les plus marquants sont les suivants, pour la métropole :

- Concernant les mesures de prévention qui reposent sur une interaction entre les femmes et les professionnels de santé, des progrès restent à faire. La prise d'acide folique pour prévenir les anomalies de fermeture du tube neural a augmenté mais reste limitée (23 % en 2016), alors qu'elle représente une mesure de prévention très efficace. La consommation de tabac pendant la grossesse n'a pas baissé, et 17 % des femmes ont fumé au moins une cigarette par jour au troisième trimestre de la grossesse. Par ailleurs, la fréquence de l'allaitement maternel exclusif durant le séjour à la maternité a diminué de manière importante entre 2010 et 2016, de 60 % à 52 % ; de plus, l'allaitement maternel à la maternité, qu'il soit exclusif ou mixte, a légèrement diminué, de 68 % en 2010 à 66 % en 2016.
- Parmi les aides proposées pour informer et soutenir les femmes, la préparation à la naissance et à la parentalité est plus souvent suivie par les primipares, et celles-ci sont plus nombreuses à suivre ces séances en 2016 (78 %) qu'en 2010 (74 %) ; l'entretien prénatal précoce (EPP) est plus répandu en 2016 qu'en 2010, mais ne concerne encore que 28,5 % des femmes, avec des disparités géographiques très fortes, montrant un investissement inégal des régions ou des réseaux de santé en périnatalité dans l'organisation de ces entretiens. Par ailleurs, les soignants n'abordent pas systématiquement la question de l'alcool et du tabac pendant la grossesse, et plus de la moitié des fumeuses disent n'avoir reçu aucun conseil durant leur grossesse pour diminuer leur consommation.
- Pendant la grossesse, le bilan de l'application des recommandations destinées aux professionnels est contrasté. Du fait des modifications des modalités de dépistage de la trisomie 21, on observe une stabilité des biopsies de trophoblaste et une diminution des amniocentèses (de 8,7 à 3,6 % entre 2010 et 2016), en particulier depuis qu'il n'est plus recommandé d'en proposer une d'emblée chez les femmes de 38 ans et plus. Le pourcentage de femmes qui n'ont pas eu de frottis cervico-utérin pendant la grossesse ou dans les trois années précédentes (deux années précédentes selon les recommandations en cours en 2010) demeure relativement élevé et n'a pas diminué (19,7 %), suggérant que la prise en charge de la grossesse n'a pas toujours

permis de réaliser un dépistage chez les femmes qui n'en avaient pas eu auparavant. Le pourcentage de femmes ayant un dépistage du diabète a diminué de 86,0 % à 73,2 %, suite aux nouvelles modalités de dépistage en faveur d'un test ciblé sur les femmes présentant des facteurs de risque ; il demeure toutefois élevé par rapport à ce que l'on pourrait attendre, faisant penser qu'il est encore fréquemment réalisé chez des femmes ne correspondant pas à la population cible des recommandations. Par ailleurs, la fréquence du diabète gestationnel, à la fois insulino-dépendant et sous régime, a augmenté ; ceci peut être expliqué en partie par des changements dans les modalités du dépistage et par l'augmentation de la prévalence des facteurs de risque. En matière de vaccination, le constat est négatif : pour la coqueluche, peu de femmes connaissent leur statut vaccinal ou ont un statut conforme aux recommandations, et seulement 7 % des femmes enceintes ont été vaccinées contre la grippe saisonnière, alors qu'elles appartiennent à un groupe à risque élevé de complications et qu'elles étaient toutes enceintes pendant la période vaccinale.

- Au moment de l'accouchement ou juste avant, les recommandations semblent avoir un impact fort sur les pratiques. La corticothérapie anténatale destinée à accélérer la maturation fœtale en cas de naissance prématurée a augmenté, concernant 90,2 % des enfants nés avant 34 SA, contre 77,4 % en 2010. Le taux de césarienne (20,4 %) reste stable depuis 2010, ce qui suggère une attitude générale tendant à limiter la réalisation de cette intervention. Par exemple, une césarienne est moins souvent réalisée en 2016 qu'en 2010 chez les femmes ayant un antécédent de césarienne (utérus cicatriciel), en cohérence avec les recommandations professionnelles de 2012. Le taux d'épisiotomie continue à diminuer (de 27 % à 20 % des femmes entre 2010 et 2016), après les recommandations du CNGOF en 2005 de ne pas faire d'épisiotomie systématique, en raison de l'absence de bénéfice dans la prévention des lésions sévères du périnée. De manière intéressante, la sensibilisation des professionnels à l'utilisation anormalement élevée de l'oxytocine pendant le travail en France, et à ses risques pour la santé maternelle, a conduit à une baisse de son utilisation (de 57,6 % à 44,3 % chez les femmes en travail spontané), avant même les recommandations émises fin 2016 par le Collège national des sages-femmes et celui des gynécologues-obstétriciens. Un autre exemple d'adéquation concerne l'administration préventive systématique d'oxytocine pour prévenir les hémorragies du post-partum, recommandée depuis 2004 et qui est quasi généralisée (83,3 % en 2010 et 92,7 % en 2016).

Dans l'enquête, une attention particulière a été portée aux attentes des femmes au moment de l'accouchement et aux réponses apportées par les professionnels. Les femmes sont assez peu nombreuses à rédiger un projet de naissance (3,7 %) ou à exprimer des demandes particulières à leur

arrivée à la maternité. Ces femmes ayant eu des demandes particulières concernant leur accouchement sont très souvent satisfaites des réponses apportées par l'équipe médicale à leurs souhaits. Avant leur arrivée à la maternité, seules 14,6 % des femmes ne souhaitaient pas d'analgésie péridurale (APD). Pendant le travail, outre une augmentation du recours à l'APD, de 78,9 % à 82,2 %, la prise en charge de la douleur a évolué vers une approche de meilleure qualité et plus diversifiée, par une utilisation plus fréquente d'une PCEA (pompe qui permet aux femmes de contrôler les doses d'analgésiques administrés), et l'utilisation plus fréquente de méthodes non médicamenteuses (de 14,3 % en 2010 à 35,5 % en 2016), que les femmes aient eu ou non une APD. La très grande majorité des femmes (88,3 %) disent avoir été très ou plutôt satisfaites des méthodes reçues pour gérer la douleur et les contractions ; toutefois, près de 12 % d'entre elles étaient peu ou pas du tout satisfaites, soulignant le fait qu'il est important de continuer les efforts pour améliorer le confort des femmes pendant le travail.

Il existe de fortes disparités entre les grandes régions de métropole, en ce qui concerne les facteurs de risque, la situation sociale, la prévention et les interventions médicales. Les différences sont particulièrement marquées pour certains comportements et certaines mesures de prévention non encore généralisées, tels que la consommation de tabac, l'allaitement, la vaccination contre la grippe et l'entretien prénatal précoce. La façon de prendre en charge l'accouchement varie moins ; toutefois la limitation du nombre d'épisiotomies semble appliquée de manière très variable suivant les régions. La prématurité est la plus élevée en Hauts-de-France et dans le Grand-Est ; elle est plus faible en Bretagne, Nouvelle Aquitaine et Provence-Alpes-Côte d'Azur. Au total, il est difficile d'affirmer que certaines régions ont systématiquement de meilleurs indicateurs de santé ou de pratiques. En effet, les différences observées sont le résultat de multiples facteurs, tels que des contextes géographiques et sociaux plus ou moins favorables et propres à chaque région. De plus, ils peuvent dépendre des actions menées localement par les réseaux de santé en périnatalité, entre autres, ou encore être influencés par des leaders d'opinion parmi les professionnels.

Des différences notables sont observées entre la métropole et les départements et régions d'outre-mer (DROM), tout en sachant que les situations sont hétérogènes entre ces DROM. On y observe une fréquence plus élevée des femmes en situation sociale difficile, ayant une surveillance inadéquate, et des complications ayant nécessité une hospitalisation durant la grossesse. Le taux de prématurité y est également beaucoup plus élevé (11,9 %) qu'en métropole (7,2 %) pour l'ensemble des naissances vivantes (grossesses uniques et multiples). En revanche, il faut noter que le taux de césarienne ne diffère pas par rapport à la métropole et que les femmes allaitent plus souvent leur nouveau-né à la maternité de façon exclusive.

Cette enquête a permis d'obtenir des données de qualité pour suivre l'évolution de la santé des mères, des nouveau-nés et des pratiques médicales. Ces données sont complémentaires d'autres sources de données nationales qui à l'heure actuelle ne permettent pas une analyse approfondie de la situation périnatale. Par exemple, le Programme de médicalisation des systèmes d'information (PMSI) permet depuis 2010-2012 de surveiller, sur l'ensemble des naissances (environ 800 000 par an), les variations annuelles ou géographiques de la prématurité, des anomalies de croissance, et d'autres indicateurs (âge maternel, mode d'accouchement etc.), mais il ne permet pas de tenir compte de facteurs de risque obstétricaux importants, tels que la parité (le nombre d'accouchements antérieurs) ou l'Indice de Masse Corporelle (IMC). Par rapport aux autres sources de données nationales existantes, les enquêtes nationales périnatales présentent trois atouts majeurs. D'une part, l'entretien auprès des femmes permet de recueillir des informations mal ou non renseignées dans les dossiers médicaux, comme leurs caractéristiques sociodémographiques, le contenu de leur surveillance prénatale, leurs comportements préventifs, leur satisfaction et leurs souhaits. D'autre part, l'introduction de nouvelles questions pour chaque enquête permet de disposer d'informations spécifiques sur les problèmes de santé qui sont soulevés à un moment donné, et sur l'application de certaines mesures publiques et recommandations pour la pratique clinique. Enfin, les données des enquêtes nationales périnatales permettent de contrôler et valider les indicateurs produits en routine par le PMSI. Il serait donc utile de répéter cette enquête afin de disposer de données fiables et actualisées sur la santé et les pratiques médicales, pour pouvoir évaluer et guider au mieux les politiques publiques périnatales.



## Synthèse des résultats concernant les établissements

Les enquêtes nationales périnatales comportent un questionnaire « établissement » rempli par une sage-femme coordinatrice ou le chef de service de chaque maternité. Il permet d'obtenir, au moment des enquêtes, des informations détaillées sur les maternités, qui complètent les données disponibles annuellement dans le Programme de médicalisation des systèmes d'information (PMSI) et la Statistique annuelle des établissements de santé (SAE). Ce questionnaire décrit les caractéristiques des maternités, leur environnement, le profil de leurs équipes soignantes, l'organisation des prises en charge des femmes et des nouveau-nés ainsi que les politiques du service. Les résultats des différentes enquêtes nationales périnatales permettent de décrire les évolutions au cours du temps ainsi que l'adaptation des maternités et des politiques de soins aux évolutions législatives et aux recommandations pour la pratique clinique.

Au 15 mars 2016, la France compte 517 maternités : 497 en métropole et 20 dans les DROM. Sous l'effet des restructurations profondes de l'offre de soins en périnatalité (fermetures, fusions, rapprochements inter-hospitaliers ou coopérations public-privé...), la diminution du nombre de maternités s'est poursuivie depuis 2010, mais de façon moins importante que pendant les périodes précédentes. Au total, depuis 1995, le nombre de maternités a diminué de 39 % alors que le nombre de naissances de 2016 est proche de celui de 1995. Entre 2010 et 2016, ce sont particulièrement les maternités de taille intermédiaire (entre 1000 et 1500 accouchements) qui sont moins nombreuses. Le nombre de petites maternités (moins de 500 accouchements par an) se maintient. Les grandes maternités (plus de 3500 accouchements par an) sont plus nombreuses.

Depuis 2010, l'amélioration des conditions de sécurité s'est poursuivie, notamment sous l'effet de l'augmentation du nombre de maternités disposant, pour les césariennes, d'un bloc obstétrical au sein ou à proximité immédiate du secteur naissance (75 % en 2016 contre 66 % en 2010), d'un service de réanimation adulte sur leur site (9 maternités sur 10 pour celles de type IIB ou III en 2016) et de la présence sur place 24 heures sur 24 d'un obstétricien, d'un pédiatre et d'un anesthésiste réanimateur. En cas d'urgence, toutes les maternités indiquent un délai de moins de 30 minutes pour obtenir des produits sanguins labiles.

Le rôle des sages-femmes est important quel que soit leur mode d'exercice, hospitalier en secteur public ou privé, ou libéral. Elles jouent un grand rôle dans la prise en charge prénatale (entretien prénatal, suivi de grossesse, surveillance rapprochée avant l'accouchement, tabacologie, acupuncture, échographie ...), pour l'accouchement par voie basse (voir la partie « naissances » du rapport) et en post natal (accompagnement à la sortie, allaitement...)

La qualité de l'offre de soins s'est améliorée. Les refus d'accueil de patientes en raison d'un manque de place sont en baisse : 83 % des maternités ne rencontrent jamais cette difficulté en 2016, contre 73 % en 2010. La disponibilité de l'analgésie péridurale autocontrôlée (PCEA) qui permet de mieux adapter le niveau d'analgésie à la douleur a progressé. En 2016, quatre maternités sur dix disposent d'un espace dédié aux accouchements moins médicalisés et un programme de réhabilitation précoce post-césarienne est présent dans deux maternités sur trois. Enfin, l'organisation d'un accompagnement des femmes par une sage-femme à la sortie de la maternité s'est généralisée, en lien avec la diffusion du Programme d'accompagnement du retour à domicile (PRADO) par l'Assurance Maladie.