

Stat Santé

Résultats des statistiques suisses de la santé



Mettre au monde dans les hôpitaux de Suisse

Séjours hospitaliers durant
la grossesse
et accouchements

1/2007



Schweizerische Eidgenossenschaft
Confédération suisse
Confederazione Svizzera
Confederaziun svizra

Département fédéral de l'intérieur DFI
Office fédéral de la statistique OFS

La série «Statistique de la Suisse»
publiée par l'Office fédéral de la statistique (OFS)
couvre les domaines suivants:

- 0 Bases statistiques et produits généraux
- 1 Population
- 2 Espace et environnement
- 3 Vie active et rémunération du travail
- 4 Economie nationale
- 5 Prix
- 6 Industrie et services
- 7 Agriculture et sylviculture
- 8 Energie
- 9 Construction et logement
- 10 Tourisme
- 11 Transports et communications
- 12 Monnaie, banques, assurances
- 13 Protection sociale
- 14 Santé
- 15 Education et science
- 16 Culture, société de l'information, sport
- 17 Politique
- 18 Administration et finances publiques
- 19 Criminalité et droit pénal
- 20 Situation économique et sociale de la population
- 21 Développement durable et disparités régionales et internationales

Mettre au monde dans les hôpitaux de Suisse

Séjours hospitaliers durant la grossesse et accouchements

Rédaction Patrick Schwab
Agnes Zwimpfer

Editeur Office fédéral de la statistique (OFS)

Editeur: Office fédéral de la statistique (OFS)
Complément d'information: Patrick Schwab, OFS, tél. 032 713 64 28, e-mail: patrick.schwab@bfs.admin.ch
Auteurs: Patrick Schwab, Agnes Zwimpfer, OFS
Réalisation: Patrick Schwab, Agnes Zwimpfer, OFS
Diffusion: Office fédéral de la statistique, CH-2010 Neuchâtel
Tél. 032 713 60 60 / fax 032 713 60 61 / e-mail: order@bfs.admin.ch
Numéro de commande: 515-0701
Prix: Gratuit
Série: Statistique de la Suisse
Domaine: 14 Santé
Langue du texte original: Allemand
Traduction: Services linguistiques de l'OFS
Page de couverture: OFS
Graphisme/Layout: OFS
Copyright: OFS, Neuchâtel 2007
La reproduction est autorisée, sauf à des fins commerciales,
si la source est mentionnée
ISBN: 978-3-303-14108-3

Table des matières

Résumé	5	4 Accouchements	15
1 Introduction	6	4.1 Accouchement vaginal	15
2 Les sources de données	7	4.1.1 Accouchements spontanés	15
2.1 Diagnostics et traitements dans la statistique médicale	7	4.1.2 Forceps ou extraction pneumatique	15
2.2 Femmes enceintes, parturientes et nouveau-nés à l'hôpital	7	4.1.3 Déchirures périnéales, autres traumatismes et épisiotomies	16
2.3 Exhaustivité et qualité des données	9	4.2 Césarienne	17
3 Hospitalisations durant la grossesse	10	4.2.1 Césarienne programmée ou d'urgence	17
3.1 Aperçu des complications et des maladies	10	4.2.2 Taux de césariennes selon différentes variables	19
3.1.1 Fausses couches	10	5 Durée et coûts des séjours hospitaliers pour cause d'accouchement	23
3.1.2 Vomissements incoercibles, hémorragies et diabète gestationnel	11	5.1 Durée du séjour hospitalier	23
3.1.3 Prééclampsie et éclampsie	13	5.2 Coûts estimés des séjours de la mère et de l'enfant	24
3.1.4 Soins liés aux complications possibles de l'accouchement	13	6 Annexe: tableaux	27

Résumé

La présente publication concerne les séjours hospitaliers pour accouchement ou pour le traitement de complications durant la grossesse. En 2004, on a dénombré 28'858 séjours hospitaliers pour des maladies ou des complications de la grossesse, 69'952 mères ont accouché à l'hôpital et 72'125 nouveau-nés vivants ont vu le jour dans les unités de néonatalogie.

Les **complications et maladies de la grossesse** ont été à l'origine de 28'858 séjours hospitaliers. Dans 43% des cas, la cause de l'hospitalisation était une fausse couche ou une interruption de grossesse. Les complications dues à l'hypertension représentent 4% des cas. La prééclampsie et l'éclampsie, potentiellement dangereuses pour la mère et l'enfant, en font partie. Dans 40% des cas, c'est une lésion fœtale (présumée) ou l'éventualité de complications à l'accouchement qui ont motivé l'hospitalisation durant la grossesse.

Sur les 69'952 **accouchements** recensés dans les hôpitaux en 2004, 60% ont été des **accouchements spontanés**, 8% ont nécessité l'usage du forceps ou de ventouse obstétricale, et une césarienne a été pratiquée dans 29% des cas. L'âge moyen des femmes était de 30 ans pour les accouchements spontanés et de 31,5 ans pour les accouchements par césarienne.

Un tiers des accouchements spontanés ont occasionné une déchirure périnéale. Une épisiotomie a été pratiquée de manière préventive dans un quart des accouchements spontanés. En 2000, le taux d'épisiotomie était encore de 34%. La part d'accouchements spontanés avec déchirure périnéale a évolué en raison inverse du nombre d'épisiotomies, passant de 23,8% en 2000 à 34,4% en 2004.

Le taux de césariennes, qui était de 25% en 2000, n'a pas cessé de progresser. En 2004, pour la première fois, il s'est maintenu au niveau de l'année précédente (29%). On distingue entre les interventions planifiées (césarienne programmée) et les interventions décidées en cours d'accouchement (césarienne d'urgence). En 2004, les deux motifs principaux à l'origine d'une **césarienne programmée** étaient un utérus cicatriciel ou une présentation par le siège de l'enfant. Les causes principales d'une **césarienne d'urgence** étaient un rythme cardiaque anormal du fœtus et un déroulement défavorable du premier stade du travail.

On constate des **écarts régionaux** considérables pour les taux de césariennes. Dans certaines régions, un enfant sur deux naît par césarienne, contre un enfant sur huit dans d'autres. La proportion de césariennes varie en outre en fonction de l'**âge** et de la **catégorie d'assurance** de la mère. Chez les femmes de moins de 30 ans, le taux de césariennes était de 23,5%, contre 39,3% chez les plus de 35 ans. Les taux de césariennes des patientes assurées en divisions privée et semi-privée (respectivement 44,4% et 39,6%) étaient nettement plus élevés que celui des patientes en division commune (26,5%).

En moyenne, une mère a séjourné à l'hôpital 6,5 jours après l'accouchement : 5,6 jours après un accouchement spontané et 8,4 jours après une césarienne. Des différences importantes apparaissent entre les cantons en ce qui concerne la **durée moyenne d'hospitalisation** (de 5,8 à 8,2 jours), un taux de césariennes cantonal élevé n'étant pas toujours associé à une durée de séjour plus longue.

En 2004, les **coûts d'hospitalisation des mères et des nouveau-nés** se sont élevés à quelque 558 millions de francs. Si l'on y ajoute les complications et maladies de la grossesse, le coût estimé des prestations fournies dans les hôpitaux se monte à 682 millions de francs. Cela représente 4% du coût total de 16,7 milliards de francs des soins hospitaliers, alors que les séjours en hôpital des femmes enceintes, des mères et des nouveau-nés correspondent à 12% de l'ensemble des hospitalisations.

1 Introduction

La vraie richesse des sociétés, ce sont des mères et des enfants en bonne santé. C'est l'un des quatre messages délivrés par l'Organisation mondiale de la Santé (OMS) à l'occasion de la Journée mondiale de la santé de 2005¹. Comme de nombreux autres pays industrialisés occidentaux, la Suisse affiche une mortalité materno-infantile comparativement basse. Chez nous, la grossesse et la naissance sont plus sûres que jamais, tant pour la mère que pour l'enfant. Un privilège au regard de nombreux autres pays offrant des conditions souvent insuffisantes. Cependant, en dépit de tous les progrès de la médecine et de l'obstétrique, la naissance reste un processus naturel qu'il n'est possible d'influencer que dans certaines limites. Si la grossesse et la naissance sont perçues par la majorité des femmes comme des événements merveilleux de l'existence, elles peuvent également comporter des souffrances physiques et des risques pour l'existence même de la mère ou de l'enfant. Qu'elle soit associée à une bonne ou une mauvaise expérience, la naissance d'un enfant est toujours un événement d'une rare intensité.

Plusieurs statistiques de l'Office fédéral de la statistique (OFS) livrent des informations sur la grossesse, la naissance et les nouveau-nés sous des angles thématiques extrêmement variés, comme le montre le tableau ci-dessous.

La présente publication se fonde sur les données de la statistique médicale des hôpitaux. Elle a pour objectif de donner une vue d'ensemble des séjours hospitaliers en relation avec la grossesse et la naissance. En 2004, plus de 97% des nouveau-nés sont venus au monde à l'hôpital. La statistique médicale, qui recense toutes les hospitalisations et semi-hospitalisations, constitue par conséquent une importante source d'informations sur les naissances dans les hôpitaux suisses.

Le chapitre suivant décrit brièvement les données collectées dans le cadre de la statistique médicale et il définit les groupes de personnes examinés. Les différentes causes d'hospitalisation durant la grossesse sont passées en revue au chapitre 3, tandis que le chapitre 4 expose les procédures obstétricales utilisées dans les hôpitaux lors des accouchements. Enfin, le chapitre 5 analyse la durée et les coûts des séjours hospitaliers de la mère et de l'enfant.

	Grossesse	Naissance	Nouveau-nés
Sources d'information			
Statistique médicale des hôpitaux	Données médicales (diagnostics et traitements), socio-démographiques et administratives relatives aux hospitalisations		
Statistique des interruptions de grossesse	Age et canton de domicile, date et méthode		
Statistique de la procréation médicalement assistée	Nombre, méthodes et issue des traitements		
Statistique des causes de décès		Mortalité des mères et des nourrissons	
Registre de l'état civil (BEVNAT)			Nombre d'enfants nés vivants

¹ «Donnons sa chance à chaque mère et à chaque enfant» était le mot d'ordre de l'OMS pour la Journée mondiale de la Santé 2005.

2 Les sources de données

Selon les registres de l'état civil, 73'082 enfants sont nés vivants en Suisse en 2004. Plus de 97% d'entre eux sont venus au monde à l'hôpital. La statistique médicale des hôpitaux, réalisée par l'Office fédéral de la statistique (OFS) depuis 1998, réunit des données détaillées tant sur les accouchées que sur les nouveau-nés. Les données collectées dans le cadre de cette statistique sont décrites ci-après. C'est sur la base de ces données qu'ont été définis les grands groupes de cas analysés (traitements durant la grossesse, accouchements, nouveau-nés).

2.1 Diagnostics et traitements dans la statistique médicale

La statistique médicale des hôpitaux recense les données socio-démographiques, administratives et médicales des patients traités dans les hôpitaux suisses. Chaque cas fait l'objet d'un enregistrement dit minimal dans lequel sont relevés l'âge, le sexe, la région de domicile, les modalités d'admission et de sortie, la catégorie d'assurance, le lieu de séjour avant et après l'hospitalisation, ainsi que les diagnostics et les traitements.

Le codage du **diagnostic principal et des diagnostics supplémentaires** repose sur la Classification statistique internationale des maladies et des problèmes de santé connexes (CIM-10)². On considère comme diagnostic principal l'affection qui, au terme du séjour hospitalier, a essentiellement justifié le traitement et les examens prescrits. En présence de maladies concomitantes, il est possible de mentionner jusqu'à neuf diagnostics supplémentaires. La classification est organisée en vingt-et-un chapitres, correspondant chacun à un groupe spécifique de pathologies et d'organes. Le chapitre XV est consacré aux diagnostics relatifs à la grossesse, à l'accouchement et à la période puerpérale.

Le **traitement principal et les traitements supplémentaires** sont codés selon la Classification suisse des opérations chirurgicales (CHOP), une traduction et adaptation suisse du volume 3 de la classification américaine des interventions chirurgicales CIM-9-CM. Cette nomenclature est divisée en quinze chapitres relatifs aux interventions chirurgicales, suivis d'un seizième consacré aux mesures diagnostiques et thérapeutiques. Neuf traitements supplémentaires peuvent être indiqués en sus du traitement principal³. Les interventions obstétricales figurent au chapitre 13 de la CHOP.

2.2 Femmes enceintes, parturientes et nouveau-nés à l'hôpital

Lorsqu'une **complication ou une maladie de la grossesse** nécessite une hospitalisation, cela est enregistré dans les diagnostics au moyen des codes correspondants de la classification CIM-10. Pour l'analyse des maladies et des complications liées à la grossesse, les groupes de diagnostics suivants ont été pris en compte:

- Grossesse se terminant par un avortement (CIM-10, codes O00-O08)
- Œdème, protéinurie et hypertension au cours de la grossesse, de l'accouchement et de la puerpéralité (O10-O16)
- Autres affections maternelles liées principalement à la grossesse (O20-O29)
- Soins maternels liés au fœtus et à la cavité amniotique, et problèmes possibles posés par l'accouchement (O30-O48).

² Classification statistique internationale des maladies et des problèmes de santé connexes, CIM-10, Version 1.3, Organisation mondiale de la Santé, Genève, Suisse, 1999.

³ OFS et H+ (2002), *Manuel de codage – Le manuel officiel des règles de codage en Suisse*, Version 1.0, Neuchâtel.

Le suivi et le traitement des complications survenant au cours de la grossesse sont fréquemment pris en charge par le secteur ambulatoire. Les données de la statistique médicale se limitent aux traitements hospitaliers des femmes enceintes. L'analyse ne concerne que les hospitalisations et semi-hospitalisations de femmes âgées de 12 à 60 ans domiciliées en Suisse.

En 2004, 28'858 séjours hospitaliers motivés par des maladies ou des complications liées à la grossesse ont été recensés. A noter qu'une femme enceinte a pu être hospitalisée plusieurs fois pour la même complication ou pour des complications différentes. Le nombre de cas mentionné dans le tableau 1 est par conséquent plus élevé que le nombre de femmes concernées (2004: 25'994 patientes).

Pour les **nouveau-nés**, l'analyse s'appuie sur le type d'admission (=naissance), l'âge et les codes de diagnostic. Seules ont été comptées les naissances proprement dites: les nouveau-nés ne sont recensés comme tels que lors de leur premier séjour hospitalier. Leurs transferts dans un nouvel hôpital ou leur retour dans le premier établissement n'ont pas été pris en compte, car ils apparaissent dans la statistique médicale en tant que nouveaux cas. En conséquence, les éventuelles réhospitalisations ou les déplacements de nouveau-nés dans des unités de néonatalogie spécialisées manquent. Les traitements des nouveau-nés après un transfert n'apparaissent pas non plus dans l'estimation des coûts (cf. chapitre 5.2), bien que ces séjours hospitaliers exigent souvent un grand déploiement de ressources.

T 1 Groupes de cas pris en considération dans la statistique médicale, 2002–2004

	2002	2003	2004
Complications et maladies liées à la grossesse	24 529	27 202	28 858
Accouchements	66 823	67 138	69 952
dont			
césariennes	18 461	19 759	20 401
Naissances vivantes	69 237	68 764	72 125
dont			
naissances hors hôpital, avec prise en charge hospitalière consécutive	138	127	164

Pour les **accouchements**, l'analyse se fonde sur les données relatives aux mères. Ont été recensés tous les traitements hospitaliers et semi-hospitaliers associés à un ou plusieurs des codes de diagnostic ou de traitement suivants:

- Codes CIM-10 relatifs à la naissance (O80-O84) ou au résultat de l'accouchement (Z37.–)
- Codes CHOP relatifs aux interventions obstétricales (74.–).

Les codes de diagnostic et de traitement indiquent en outre quelles techniques obstétricales ont été utilisées pour l'accouchement. L'analyse se limite aux femmes âgées de 12 à 60 ans⁴. En 2004, 69'952 femmes ont accouché à l'hôpital, dont 29,2% par césarienne.

En 2004, 71'961 enfants sont nés vivants à l'hôpital. Si l'on ajoute les 164 enfants venus au monde hors d'un hôpital mais qui y ont été transportés juste après leur naissance⁵, ce chiffre passe à 72'125 enfants, soit 97,5% de l'ensemble des enfants nés vivants selon les registres de l'état civil. Les 2,5% restants, qui ne figurent pas dans la statistique médicale, concernent des naissances à domicile ou dans d'autres lieux de naissance non soumis à l'obligation d'enregistrer les données.

⁴ Cette limite d'âge permet de réduire le risque d'erreur de codage (le diagnostic de la mère peut par exemple être attribué au nouveau-né par inadvertance).

⁵ Codes CIM-10 Z38.1/4/7 «Enfant unique/jumeaux/naissances multiples, nés hors d'un hôpital»

2.3 Exhaustivité et qualité des données

La statistique médicale est un relevé annuel exhaustif auquel sont astreints tous les hôpitaux publics et privés reconnus. Depuis 2001, le taux de participation des établissements a toujours dépassé 95%. La proportion de cas recensés dans la statistique médicale s'est également constamment accrue ces dernières années. En 2004, pas moins de 93% des cas recensés dans la statistique des hôpitaux⁶ ont également été enregistrés dans la statistique médicale.

Grâce à la professionnalisation du codage dans les hôpitaux et à l'utilisation d'instruments de contrôle, les lacunes et les erreurs en matière de relevé des diagnostics et des traitements ont pu être réduites. Les analyses détaillées effectuées pour la présente publication ont toutefois encore mis en évidence certains problèmes:

- Codages non conformes aux directives de codage de l'OFS (p. ex. codage de l'interruption de grossesse, cf. chapitre 3.1.1)
- Utilisation de codes non spécifiques au lieu d'un code de diagnostic ou de traitement précis (p. ex. pour une césarienne, cf. chapitre 4.2.1).

Dans les chapitres suivants, des indications méthodologiques concernant la statistique médicale sont proposées dans des encadrés.

⁶ Statistique effectuée en parallèle à la statistique médicale et dans laquelle sont relevées des informations administratives relatives aux établissements.

3 Hospitalisations durant la grossesse

Des maladies ou des complications peuvent nécessiter une hospitalisation déjà durant la grossesse. Les risques liés à la grossesse peuvent résulter de l'histoire de la patiente (p. ex. accouchement prématuré ou présentation du siège lors d'une précédente grossesse) ou se manifester pour la première fois durant la grossesse. Les facteurs de risque sont par exemple un diabète sucré insulino-dépendant ou une hypertension gestationnelle⁷.

3.1 Aperçu des complications et des maladies

Selon les phases de la grossesse, ce sont des complications et maladies différentes qui sont caractéristiques. Ainsi, les fausses couches (figurant dans le tableau 2 sous «Grossesses se terminant par un avortement») surviennent majoritairement durant la première moitié de la grossesse. De même, les hémorragies, les vomissements incoercibles et les diabètes gestationnels (tableau 2: «Autres affections maternelles liées principalement à la grossesse») se manifestent souvent au début d'une grossesse, tandis que l'hypertension apparaît plutôt dans la seconde moitié. C'est dans cet ordre que seront examinées ci-après les diverses maladies et complications.

Dans les hôpitaux de Suisse, le pourcentage de complications liées à une hypertension durant la grossesse est bas, à l'instar de divers pays voisins (tableau 3). En Allemagne, la part des avortements est nettement plus basse que dans les autres pays considérés. A ce propos, il faut préciser que les statistiques autrichiennes et allemandes ne recensent que les hospitalisations alors qu'en Allemagne trois quarts des interruptions de grossesse sont pratiquées en cabinet gynécologique⁸.

3.1.1 Fausses couches

On appelle fausse couche ou avortement l'interruption avant terme d'une grossesse intervenant jusqu'à la 22^e semaine de gestation comprise. En 2004, 11'899 femmes ont reçu un traitement hospitalier ou semi-hospitalier pour ce motif. Ce chiffre comprend à la fois les avortements spontanés (nécessitant un traitement) et les avortements médicaux. En comparaison, 69'952 grossesses se sont conclues par un accouchement à l'hôpital. On compte donc un avortement pour six grossesses menées à terme. Il convient toutefois de relever que les fausses couches ne nécessitant aucun traitement, ou seulement un traitement ambulatoire, ne figurent pas dans ces chiffres. Par ailleurs, un certain nombre de femmes ont été hospitalisées à plusieurs reprises (p. ex. pour un traitement ultérieur). Au total, 12'373 hospitalisations ont été effectuées pour un avortement en 2004.

On fait la distinction entre différentes formes de fausse couche. En 2004, 14,4% des fausses couches (1783 cas) ont consisté en un **avortement spontané**, c'est-à-dire une perte spontanée du fœtus en l'absence de toute influence extérieure. L'avortement peut aussi être incomplet, dans le sens où les produits de conception ne sont que partiellement expulsés.

La **rétenion d'un fœtus mort in utero** a été diagnostiquée dans 26,7% des cas (3301 cas). Dans cette situation, le fœtus mort n'est pas expulsé et reste dans l'utérus. Il doit alors être éliminé de manière opératoire par la méthode de l'aspiration ou au moyen d'un curetage.

La moitié des femmes qui connaissent un avortement spontané ou une fausse couche avec rétention du fœtus quittent l'hôpital le jour même. Un séjour hospitalier dure en moyenne 2,4 jours.

Dans 8,5% des cas (1051 cas), l'hospitalisation a été rendue nécessaire par une **grossesse extra-utérine**. Lors d'une grossesse extra-utérine, l'ovule s'implante en dehors de l'utérus et, après quelques semaines, l'embryon meurt, généralement de sous-alimentation. Dans neuf cas sur dix, les femmes concernées ont été hospita-

⁷ Haberthür Felix, Lauper Urs (2003), *Prise en charge de la femme enceinte en médecine de premier recours*, Forum Médical Suisse, no 7, février 2003.

⁸ Statistisches Bundesamt (2006), *Schwangerschaftsabbrüche 2005*, Wiesbaden 2006.

T 2 Maladies et complications liées à la grossesse, 2002–2004

	Code CIM-10	2002	2003	2004
Nombre total de cas		24 529	27 202	28 858
Grossesse se terminant par un avortement (y c. interruptions de grossesse)	O00-O08	10 331	11 376	12 373
Œdème, protéinurie, hypertension au cours de la grossesse, de l'accouchement et de la puerpéralité	O10-O16	888	1 112	1 061
Autres affections maternelles liées principalement à la grossesse	O20-O29	4 065	4 170	3 765
Soins maternels liés au fœtus et à la cavité amniotique, et problèmes possibles posés par l'accouchement	O30-O48	9 245	10 544	11 659

T 3 Proportion des différents types de complications en comparaison avec les pays voisins, 2004

	Suisse	Autriche ¹	Allemagne ²	France ³
Nombre total de cas	28 858	43 857	413 174	523 655
Grossesse se terminant par un avortement	42,9%	35,1%	17,5%	58,1%
Œdème, protéinurie, hypertension au cours de la grossesse, de l'accouchement et de la puerpéralité	3,7%	3,4%	5,6%	3,6%
Autres affections maternelles liées principalement à la grossesse	13,0%	26,8%	19,8%	9,7%
Soins maternels liés au fœtus et à la cavité amniotique, et problèmes possibles posés par l'accouchement	40,4%	34,7%	57,1%	28,6%
	100%	100%	100%	100%

Sources:

¹ Statistik Austria, Spitalentlassungsstatistik² Destatis, Krankenhausstatistik³ Agence Technique de l'information sur Hospitalisation (ATIH), Statistiques PMSI

lisées, et le séjour a duré en moyenne 3,8 jours. L'âge moyen de ces femmes était de 31,5 ans.

Dans 40,2% des avortements (4969 cas), le diagnostic principal était celui d'un **avortement médical**. Cette désignation recouvre à la fois des avortements thérapeutiques et des interruptions volontaires de grossesse. Deux tiers des avortements médicaux ont été pratiqués dans le cadre d'une semi-hospitalisation. Les femmes concernées sont nettement plus jeunes (âge moyen: 28,2 ans) que les femmes qui subissent un avortement spontané ou une fausse couche avec rétention du fœtus (32,1 ans).

Recensement des interruptions de grossesse dans la statistique médicale

Pour les interruptions volontaires de grossesse, les directives de codage de l'OFS⁹ exigent à la fois le diagnostic principal O04.9 «Avortement médical, complet ou sans précision, sans complication» et le diagnostic supplémentaire «Difficultés liées à une grossesse non désirée» (CIM-10, code Z64.0). Des analyses ont montré que le nombre de cas codés correctement a augmenté en 2003 et en 2004, d'un millier chaque année. Parallèlement à l'augmentation des

cas dont le diagnostic principal porte le code O04.9, on constate une diminution du code Z64.0 comme diagnostic principal.

D'après la statistique des interruptions de grossesse de l'OFS, pour laquelle toute interruption, pratiquée en ambulatoire ou à l'hôpital, doit obligatoirement être annoncée, 10'910 avortements ont été réalisés au total en Suisse en 2004¹⁰.

3.1.2 Vomissements incoercibles, hémorragies et diabète gestationnel

En 2004, quelque 3800 cas ont présenté une affection maternelle liée principalement à la grossesse¹¹. Il s'agissait notamment de vomissements incoercibles (29%), d'hémorragies du début de la grossesse (22%) et de diabète sucré (6%). Ces affections touchent différents groupes d'âges: l'âge moyen est de 28,3 ans pour les vomissements incoercibles, de 30,3 ans pour les hémorragies et de 32,1 ans pour le diabète.

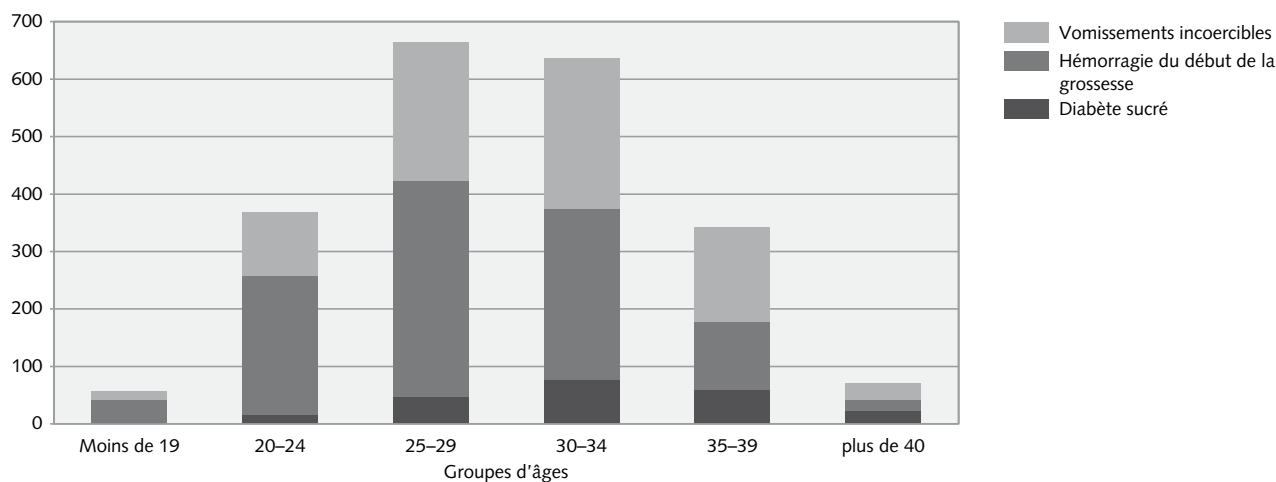
⁹ OFS (2005), *CodeInfo 2/05*, Le bulletin du codage numéro 18, p. 14, Neuchâtel.

¹⁰ OFS (2006), *Statistique des interruptions de grossesse*, Résultats 2004, Neuchâtel.

¹¹ Diagnostic principal: CIM-10, codes O20-O29

Vomissements, hémorragies et diabète sucré par âge, 2004

G 1



© Office fédéral de la statistique (OFS)

Les **vomissements** sont incoercibles lorsque la future mère ne peut garder aucune nourriture, qu'elle affiche une perte de poids de plusieurs kilos et qu'elle souffre de troubles métaboliques tels qu'un déséquilibre électrolytique. En 2004, ce diagnostic a motivé un séjour hospitalier dans 1092 cas. Le traitement consiste principalement en perfusion à des fins de réhydratation, d'apport calorique et de normalisation des électrolytes. En moyenne, l'hospitalisation a duré 6,7 jours.

Les **hémorragies du début de la grossesse** (822 cas) ont été principalement provoquées par un avortement menaçant. La durée moyenne du séjour hospitalier est dans ce cas de 5,8 jours. En comparaison avec les années précédentes, les hospitalisations pour cause d'hémorragie ont été moins nombreuses en 2004 (2002: 935, 2003: 910), tandis que le nombre de traitements pour vomissements incoercibles est resté relativement stable.

Pour 226 femmes, le diagnostic principal était un **diabète sucré**. On distingue le diabète sucré préexistant (12%) et le diabète sucré survenant au cours de la grossesse¹² (83%). Dans ce dernier cas, le trouble métabolique se manifeste pour la première fois durant la grossesse et il se limite généralement à cette période.

Les deux affections contribuent à de nombreuses complications maternelles et fœtales et elles constituent des facteurs de risque pendant la grossesse. Il arrive par ailleurs fréquemment que le diabète gestationnel ne devienne visible qu'à travers ses effets secondaires, comme une forte augmentation de la quantité de liquide amniotique ou une croissance anormale de l'enfant.

Etant donné que les complications causées par un diabète sont souvent recensées comme diagnostic principal, on a également dénombré les cas pour lesquels les diagnostics supplémentaires indiquent la présence d'un diabète. On arrive pour 2004 à un total de 1115 cas avec un tel diagnostic, principal ou supplémentaire, de diabète gestationnel. De plus, un diabète sucré préexistant a été mis en évidence dans 126 cas. Les deux types de diabète ont été plus fréquents en 2004 que les années précédentes:

- Diabète préexistant: 2002: 82 cas, 2003: 72 cas
- Diabète gestationnel: 2002: 954 cas, 2003: 993 cas.

Si l'on compare le nombre total de cas de diabète et le nombre d'accouchements avec un diagnostic supplémentaire de diabète, on constate que 80% des cas de diabète se sont accompagnés d'un accouchement lors du même séjour hospitalier.

¹² CIM-10, code O24.4 «Diabète sucré survenant au cours de la grossesse»

T 4 Caractéristiques des cas de prééclampsie ou d'éclampsie, 2004

	Nombre total de cas	Durée du séjour	Âge	% des cas avec accouchement	% des cas avec césarienne	Cas avec diagnostic principal uniquement
Prééclampsie	1930	8,2	30,9	80%	48%	803
dont						
légère	883	7,5	31,1	78%	36%	257
modérée	526	8,7	30,6	82%	56%	267
sévère	289	9,6	30,8	78%	72%	160
Eclampsie	75	9,1	30,3			29
dont						
hors puerpéralité	61	9,1	30,2	72%	59%	23

3.1.3 Prééclampsie et éclampsie

En 2004, le diagnostic principal était dans 1061 cas une affection liée à une hypertension gestationnelle (voir tableau 2). Parmi les affections graves, on compte la prééclampsie et l'éclampsie (respectivement 803 et 29 cas, voir tableau 4), aussi appelées «toxémie gravidique».

La **prééclampsie** (76%) est caractérisée par une hypertension associée à une protéinurie (présence de protéines dans l'urine) après la 20^e semaine de grossesse. La maladie peut se présenter sous une forme légère ou sévère. L'hypertension gestationnelle est une forme légère de l'affection. Une prééclampsie non traitée peut constituer une menace potentiellement sérieuse pour la mère et l'enfant. Parmi les complications sévères de la prééclampsie figurent l'éclampsie ou le syndrome HELLP. **L'éclampsie** (3%) se traduit par des convulsions et des symptômes tels que nausées, troubles de la vision, élévation rapide de la tension artérielle, avec ou sans perte de connaissance. Le syndrome HELLP¹³ se manifeste par les symptômes de la prééclampsie associés à des troubles de la fonction rénale et à des douleurs importantes dans le haut du ventre.

Si, dans le cas d'une prééclampsie légère, l'état de la mère ou de l'enfant s'aggrave en dépit du traitement prodigué à l'hôpital, l'accouchement est provoqué pour empêcher l'aggravation de la prééclampsie ou la survenue de l'éclampsie.

Enregistrement de la prééclampsie ou de l'éclampsie

Les hospitalisations motivées par une prééclampsie ou une éclampsie débouchent souvent sur un accouchement. Les affections elles-mêmes peuvent être recensées dans le diagnostic principal ou supplémentaire de l'hospitalisation; il en a été tenu compte dans le tableau 4.

Au total, une prééclampsie a été diagnostiquée dans 1930 cas, dont 42% comme diagnostic principal. L'âge moyen des femmes concernées était de 30,9 ans. Si l'on compare le nombre total de cas avec le nombre d'accouchements pour lesquels une prééclampsie a été diagnostiquée, on constate que 80% des cas se sont accompagnés d'un accouchement au cours du même séjour hospitalier. Dans 48% des 1930 cas, l'accouchement s'est fait par césarienne. Le nombre de cas de prééclampsie a légèrement progressé ces trois dernières années (2002: 1725; 2003: 1886).

En 2004, 75 cas d'éclampsie ont été enregistrés, dont 29 comme diagnostic principal. L'âge moyen des femmes concernées était de 30,3 ans. Dans 14 cas, l'éclampsie s'est manifestée durant la période puerpérale. Si l'on compare les 61 autres cas avec le nombre d'accouchements pour lesquels une éclampsie a été diagnostiquée, on constate que 72% d'entre eux se sont accompagnés d'un accouchement au cours du même séjour hospitalier. La plupart du temps, la femme a été césarisée. Dans l'ensemble, le nombre de cas d'éclampsie est resté relativement constant ces trois dernières années (2002: 80; 2003: 74).

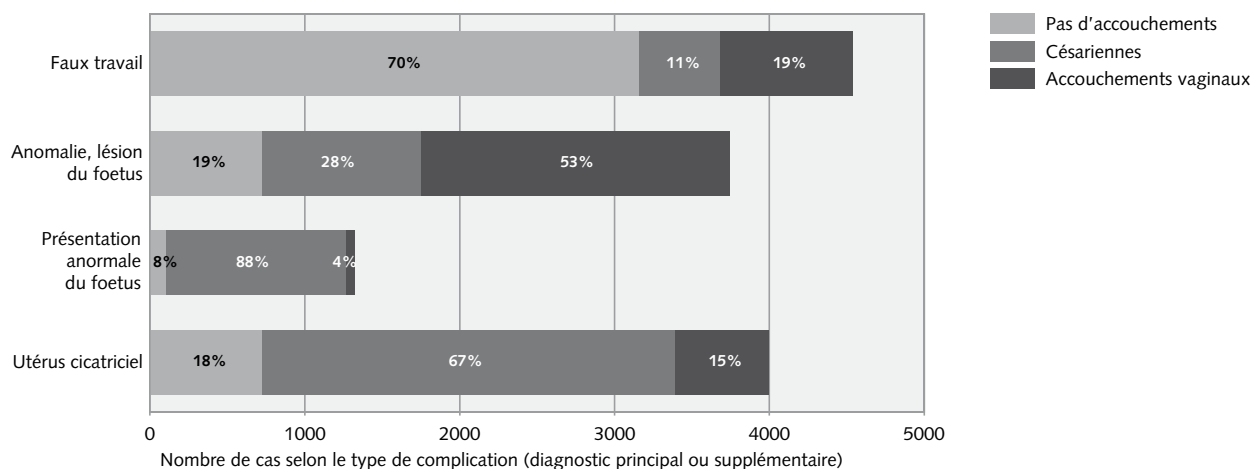
3.1.4 Soins liés aux complications possibles de l'accouchement

Une prise en charge de la mère durant la grossesse peut être nécessaire en cas de lésions fœtales ou en vue de complications possibles au moment de l'accouchement. Ces situations peuvent exiger une observation, un traitement hospitalier ou des soins obstétricaux, souvent juste

¹³ Selon les directives de codages de l'OFS, le syndrome HELLP doit être enregistré au moyen du code O14.0 «Prééclampsie modérée», car il n'existe pas de code spécifique dans la classification. OFS et H+ (2002), *Manuel de codage – Le manuel officiel des règles de codage en Suisse*, Version 1.0, Neuchâtel.

Issue de l'hospitalisation lors de complications liées à la grossesse ou à l'accouchement, 2004

G 2



© Office fédéral de la statistique (OFS)

avant le début du travail. En 2004, 11'659 femmes ont été hospitalisées avec un tel diagnostic principal, dont 25% pour des contractions avant terme, 6% pour présentation anormale du fœtus, 7% pour lésion fœtale et 9% pour soins maternels en raison d'une cicatrice utérine existante.

Enregistrement des cas de complications possibles lors de l'accouchement (CIM-10, codes O30-O48).

Ces cas doivent être différenciés des complications qui surviennent pendant l'accouchement (CIM-10, codes O60 à O75). Les complications qui apparaissent durant la grossesse et qui sont à l'origine de l'hospitalisation peuvent toutefois également aboutir à un accouchement. Il a dès lors fallu également tenir compte des diagnostics supplémentaires pour le dénombrement des motifs de traitement cités ci-dessus, l'accouchement lui-même étant souvent mentionné comme diagnostic principal.

Le graphique 2 montre la fréquence à laquelle ces complications mènent à une hospitalisation durant la grossesse. Il montre également à quelle fréquence chaque type de complication a débouché sur un accouchement.

Un «**faux travail**» a été enregistré dans 4539 cas¹⁴. On appelle faux travail un travail qui n'aboutit pas à une naissance ou à un avortement tardif. Un tiers des femmes concernées ont cependant accouché durant le même séjour hospitalier (voir graphique 2). Pour le reste, le traitement a souvent consisté en perfusion de substances thérapeutiques. En moyenne, les femmes concernées sont restées 9 jours à l'hôpital et leur âge moyen était de 29,8 ans. Dans quatre cas sur cinq, les contractions ont eu lieu avant la fin de la 37^e semaine.

Dans 3747 cas, la mère a été hospitalisée en raison d'une **anomalie du fœtus ou d'une lésion fœtale, connue ou présumée**¹⁵. Un retard de croissance intra-utérin ainsi que la nécessité d'une surveillance ou de mesures liées à des rhésus différents de la mère et de l'enfant (iso-immunisation anti-Rh) ont été les deux raisons les plus fréquentes d'une hospitalisation de la mère. L'âge moyen de ces dernières était de 32,5 ans.

Dans 1320 cas, c'est la **présentation anormale du fœtus**¹⁶ qui a motivé une surveillance ou un traitement avant le début du travail; dans 70% des cas, il s'agissait d'une présentation du siège. La **présence d'une cicatrice utérine** (3998 cas), par exemple en raison d'une césarienne antérieure¹⁷, a été une autre cause fréquente d'un séjour hospitalier. Les femmes concernées avaient en moyenne deux ans de plus que l'ensemble des femmes traitées pour une complication de la grossesse (30,4 ans).

¹⁴ CIM-10, code O47 Faux travail

¹⁵ CIM-10, codes O35 à O36

¹⁶ CIM-10, code O32

¹⁷ CIM-10, code O34.2

4 Accouchements

En Suisse comme dans la plupart des pays européens, la très grande majorité des enfants naissent à l'hôpital. Les unités de néonatalogie des hôpitaux disposent généralement de tous les équipements obstétricaux courants pour assister les parturientes, car une naissance ne se passe pas toujours comme prévu et sans complication. En 2004, les accouchements spontanés ont représenté 60% des accouchements. Pour les autres, des interventions obstétricales supplémentaires ont été nécessaires. Font partie de ces interventions l'**accouchement instrumental** (8,1%) et l'accouchement par césarienne (29,2%). Dans 2,4% des cas, le type d'accouchement n'a pas pu être déterminé. Dans le présent chapitre, les accouchements sont répartis et analysés en deux groupes: les **accouchements vaginaux** (par voie basse) et les **césariennes**.

T 5 Accouchements vaginaux, 2004

	Nombre	Proportion	Durée du séjour	Âge
Accouchements vaginaux total	47 899	100%	5,7	30,0
Accouchements spontanés	42 239	88,2%	5,6	30,0
dont				
sans complications	31 480	74,5%	5,6	30,1
Accouchements instrumentaux	5 660	11,8%	6,3	30,2
forceps	1 699	3,5%	6,3	30,0
ventouse	3 321	6,9%	6,3	30,0
association forceps et ventouse	234	0,5%	6,9	30,5
accouchements instrumentaux, sans précision	406	0,8%	5,3	32,4

4.1 Accouchement vaginal

Plus de 88% des accouchements vaginaux ont été des accouchements spontanés. Dans 12% des cas, le nouveau-né est venu au monde avec l'aide d'une ventouse ou du forceps. 20,5% des accouchements vaginaux ont exigé une provocation, chirurgicale ou médicamenteuse, du travail.

4.1.1 Accouchements spontanés

Le type d'accouchement le plus fréquent en Suisse est l'accouchement spontané, ce qu'on appelle la naissance normale. L'accouchement se déroule sans l'assistance de forceps ni de ventouse et sans césarienne. Trois quarts des accouchements spontanés n'ont donné lieu à aucune complication¹⁸. Comparés aux autres types d'accouchement, les accouchements spontanés ont la durée moyenne d'hospitalisation la plus courte (5,6 jours).

Un accouchement spontané malgré la présentation du siège, qui accroît les risques pour l'enfant, a été enregistrée dans 126 cas. 60% de ces accouchements se sont déroulés sans complication, malgré la difficulté liée à la position du bébé.

4.1.2 Forceps ou extraction pneumatique

Le forceps et l'extraction pneumatique (ventouse) sont utilisés en phase d'expulsion lorsque la parturiente n'a plus la force de pousser, ou pour accélérer la naissance en cas de souffrance foetale. On ne peut recourir au forceps ou à la ventouse que si la tête de l'enfant est déjà profondément engagée dans le bassin ou le canal pelvi-génital et que le col est complètement dilaté.

¹⁸ Si l'accouchement spontané se déroule sans complication, le code CIM-10 O80.- ou O84.0 est utilisé pour le diagnostic principal.

T 6 Déchirures périnéales et épisiotomies par type d'accouchement vaginal, 2004

	Déchirure périnéale		Gravité de la déchirure					Episiotomie	
	Nombre	Part	1 ^{er} degré	2 ^e degré	3 ^e degré	4 ^e degré	Sans préc.	Nombre	Part
Accouchements vaginaux	15 837	33,1%	46,8%	44,6%	6,9%	0,6%	1,2%	12 854	26,8%
Accouchements spontanés	14 489	34,3%	48,6%	45,0%	5,0%	0,4%	0,9%	10 778	25,5%
Accouchements instrumentaux	1 348	23,8%	26,9%	40,1%	26,6%	2,6%	3,8%	2 076	36,7%
forceps	348	20,5%	29,1%	23,7%	37,1%	5,4%	4,6%	1 362	80,2%
ventouse	716	21,6%	23,7%	44,4%	28,4%	2,1%	1,4%	545	16,4%
association forceps et ventouse	46	19,7%	10,6%	27,7%	55,3%	2,1%	4,3%	126	53,8%
accouchements instrumentaux, sans précision	238	58,6%	35,9%	53,2%	1,2%	0,0%	9,7%	43	10,6%

En 2004, un accouchement vaginal instrumental, c'est-à-dire un accouchement avec forceps ou ventouse, a été pratiqué sur 5660 parturientes. Cela correspond à 11,8% des accouchements vaginaux et à 7,5% de l'ensemble des accouchements. Avec 3321 cas, l'extraction pneumatique a été presque deux fois plus fréquente que l'utilisation du forceps. En moyenne, les femmes dont l'accouchement a nécessité l'utilisation du forceps ou de la ventouse ne sont pas plus âgées que les femmes qui ont connu un accouchement spontané. Elles ont toutefois séjourné un peu plus longtemps à l'hôpital, avec une durée moyenne de 6,3 jours.

4.1.3 Déchirures périnéales, autres traumatismes et épisiotomies

On parle de déchirure périnéale quand, lors d'une naissance vaginale, les tissus situés entre le vagin et l'anus sont déchirés au passage de la tête de l'enfant. L'épisiotomie est un acte chirurgical consistant à élargir l'entrée du vagin par incision pour éviter une déchirure périnéale sévère.

Un tiers des naissances vaginales ont provoqué une déchirure périnéale. La proportion de déchirures était de 34,3% pour les accouchements spontanés et de 23,8% pour les accouchements instrumentaux. Une épisiotomie peut être pratiquée pour éviter une déchirure du périnée lors d'un accouchement difficile. Lors des accouchements avec forceps, les déchirures périnéales sont plus rares, mais les épisiotomies pratiquées à titre préventif plus fréquentes. Une épisiotomie a en effet été réalisée dans 80% des naissances par forceps et dans 16% des naissances par extraction pneumatique. Si l'accouchement par forceps présente un taux d'épisiotomie plus élevé, les déchirures périnéales sont légèrement plus fréquentes en cas d'extraction pneumatique.

Le nombre d'accouchées concernées diminue fortement à mesure que croît la gravité de la déchirure périnéale¹⁹. Dans le cas des accouchements spontanés, plus de 90% des déchirures périnéales sont de 1^{er} ou de 2^e degré. Les déchirures importantes surviennent lors d'accouchements instrumentaux. Lors d'extractions pneumatiques, les déchirures périnéales les plus fréquentes sont celles du 2^e degré. Avec le forceps, ou avec l'utilisation combinée de la ventouse et du forceps, les déchirures sont plus souvent de 3^e degré. Les blessures les plus graves sont occasionnées par le recours combiné au forceps et à une extraction pneumatique. Il s'agissait de déchirures du 3^e degré dans plus de la moitié des cas.

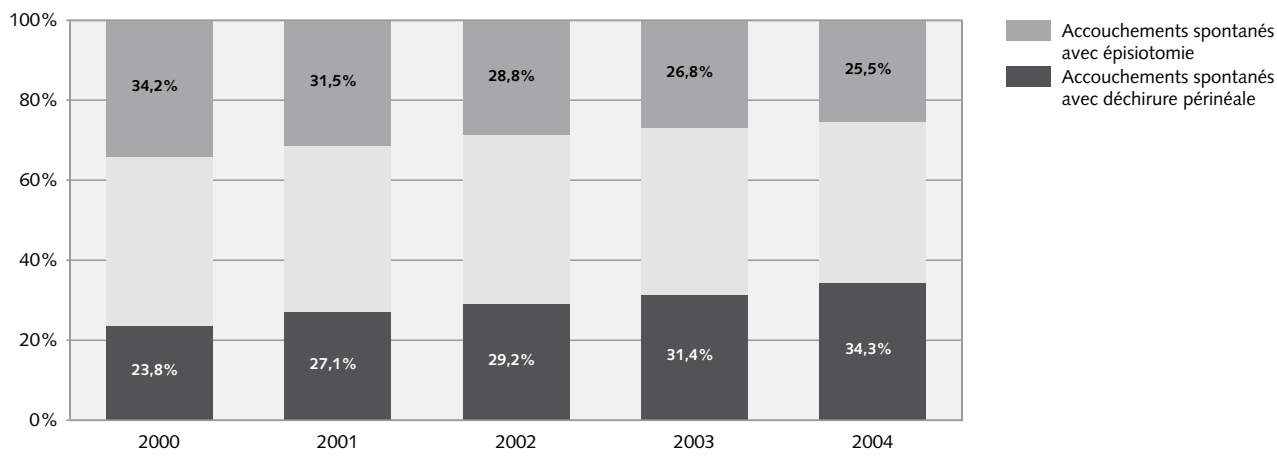
L'analyse dans le temps (graphique 3) montre que depuis 2000 le taux d'épisiotomies lors d'accouchements spontanés n'a pas cessé de diminuer. Si un accouchement spontané sur trois s'accompagnait d'une épisiotomie en 2000, la proportion est passée à un sur quatre en 2004. Cette évolution s'explique par le fait que les praticiens renoncent plus fréquemment à l'épisiotomie de routine, souvent superflue, et qu'ils sont aujourd'hui de plus en plus nombreux à considérer qu'une déchirure périnéale guérit mieux qu'une épisiotomie²⁰. Durant la même période, le taux de déchirures périnéales est passé de 24% à 34%.

¹⁹ Les déchirures du périnée sont classées en quatre degrés de gravité: dans la déchirure périnéale du 1^{er} degré, seuls la peau et le tissu sous-cutané sont déchirés, dans la déchirure du 2^e degré, la musculature du périnée est également touchée, le 3^e degré concerne aussi le sphincter de l'anus et une déchirure du 4^e degré affecte en outre la muqueuse anale et rectale.

²⁰ Hartmann Katherine (2005), *There's no need for routine episiotomy*, UNC Health Care, University of North Carolina, Chapel Hill.

Épisiotomies et déchirures périnéales lors d'accouchements spontanés, de 2000 à 2004

G 3



Outre les déchirures périnéales, l'accouchement peut occasionner chez la mère d'autres lésions, qui sont toutefois plus rares²¹. La rupture utérine – autrement dit la déchirure de la paroi de l'utérus – représente une menace pour la vie de la mère et de l'enfant. Elle peut être causée par la rupture de la cicatrice résultant d'une césarienne antérieure, par une disproportion extrême entre la taille de l'enfant et celle de l'utérus ou par l'arrêt de la progression lorsque la position de l'enfant rend la naissance impossible et que cela s'accompagne de contractions utérines hypertoniques. Aucune des 90 ruptures utérines dénombrées en 2004 n'a toutefois conduit à la mort de la mère.

Une rétention du placenta ou une atonie de l'utérus sont des causes fréquentes d'**hémorragies du post-partum immédiat**. Une délivrance manuelle du placenta a dû être pratiquée dans 1463 cas après l'accouchement.

4.2 Césarienne

En 2004, 20'401 césariennes ont été pratiquées dans les hôpitaux de Suisse, ce qui représente un taux de 29,2%. Autrement dit, 292 enfants sur 1000 sont venus au monde par césarienne. Par rapport à d'autres pays occidentaux, la Suisse affiche l'un des taux de césariennes les plus élevés. En 2004, il était équivalent à celui des Etats-Unis.

T 7 Taux de césariennes en comparaison internationale 2004 (France: 2003)

	Suisse	Autriche ¹	Allemagne ²	France ³	Etats-Unis ⁴
Pourcentage d'accouchements par césarienne	29,2%	23,6%	26,8%	19,6%	29,1%

Source:

¹ Statistik Austria (2005), Jahrbuch der Gesundheitsstatistik 2004, Bundesanstalt Statistik Österreich, Wien.

² Statistisches Bundesamt (2006), Die Gesundheitsberichterstattung des Bundes, Zweigstelle Bonn [destatis (BN)].

³ DREES (2005), La situation périnatale en France en 2003, Études et résultats, N° 383 mars 2005.

⁴ National Center for Health Statistics (2006), Preliminary Births for 2004: Infant and Maternal Health, Hyattsville.

On a compté en 2004 deux fois plus de **déchirures du col de l'utérus**, qui provoquent de forts saignements mais qui normalement ne constituent pas un risque pour la vie de la mère ou de l'enfant. Le plus souvent, cette lésion survient lors d'accouchements nécessitant l'usage du forceps, qui peut occasionner une déchirure du col de l'utérus.

Les mères de moins de 30 ans ont un taux de césariennes relativement bas de 23,5%; le taux est de 39,3% pour les mères de plus de 35 ans. Globalement, l'âge moyen des femmes césarisées est de 31,5 ans et la durée d'hospitalisation de 8,4 jours.

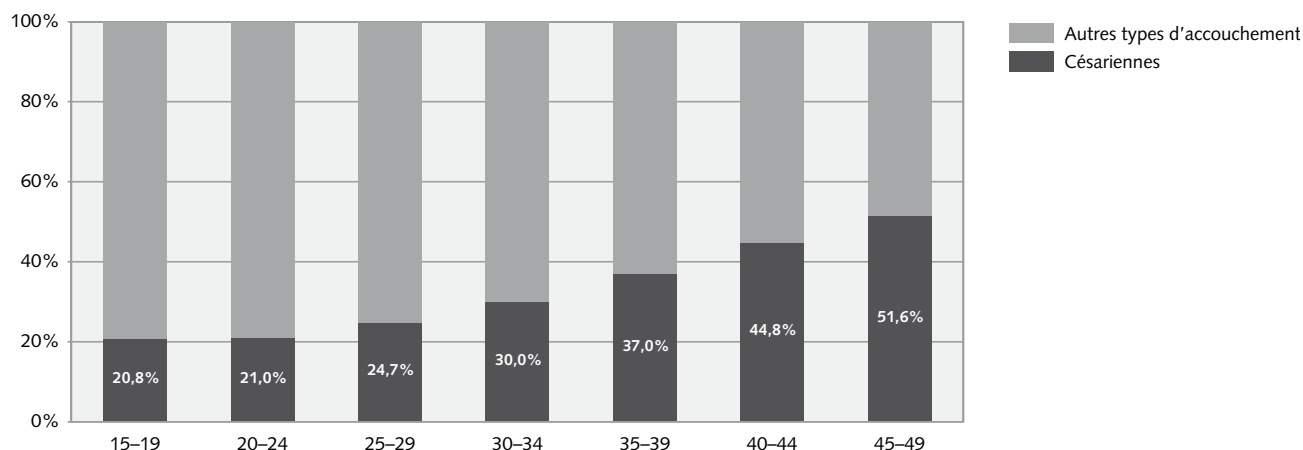
4.2.1 Césarienne programmée ou d'urgence

On distingue les césariennes programmées des césariennes d'urgence. Une **césarienne programmée** est une intervention planifiée, c'est-à-dire décidée avant le début

²¹ Les tableaux 1 et 2 de l'annexe présentent des données détaillées au sujet des autres lésions dues à l'accouchement et des hémorragies du post-partum.

Césariennes selon l'âge de la mère, 2004

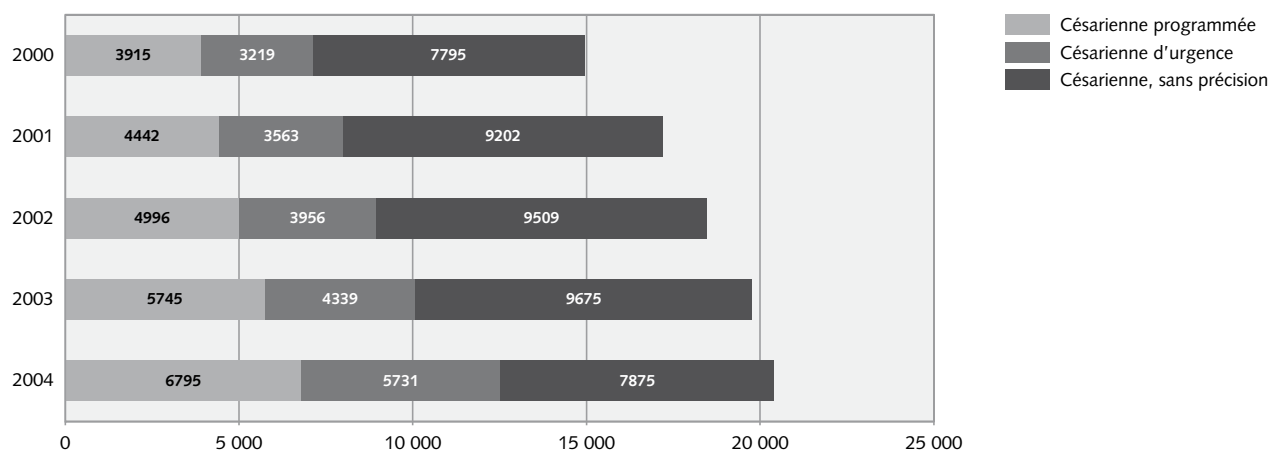
G 4



© Office fédéral de la statistique (OFS)

Accouchements uniques par césarienne programmée ou d'urgence 2000-2004

G 5



© Office fédéral de la statistique (OFS)

de la phase initiale de l'accouchement caractérisée par les contractions et la rupture de la poche des eaux. Une césarienne est planifiée lorsqu'une naissance vaginale présente un risque trop élevé pour la mère ou pour l'enfant, par exemple en cas de présentation du siège ou de disproportion entre le diamètre de la tête de l'enfant et le bassin de la mère. La césarienne de convenance entre dans la catégorie de la césarienne programmée. Une **césarienne d'urgence** est pratiquée lorsque des complications ne permettent pas de poursuivre le processus d'accouchement vaginal, en raison de risques potentiels pour la mère ou pour l'enfant. C'est notamment le cas en présence d'une diminution persistante de la fréquence cardiaque de l'enfant ou d'un prolapsus du cordon ombilical.

Enregistrement du type de césarienne

Il n'est pas possible de dire avec certitude si la part des césariennes programmées, ou celle des césariennes d'urgence, a augmenté, car la grande majorité des césariennes ont été codées au moyen d'un code de diagnostic ou de traitement non spécifique. On observe seulement que les hôpitaux ont codé davantage de césariennes programmées que de césariennes d'urgence.

Les deux motifs principaux à l'origine d'une césarienne programmée sont un utérus cicatriciel ou une présentation par le siège de l'enfant. Les causes principales d'une césarienne d'urgence sont une fréquence cardiaque anormale (CTG pathologique) du fœtus et une prolongation de la phase de dilatation du travail.

T 8 Les cinq diagnostics les plus fréquents associés à une césarienne programmée ou d'urgence, 2004

O82.0 Césarienne programmée	6 795	O82.1 Césarienne d'urgence	5 731
O34.2 Soins maternels pour cicatrice utérine due à une intervention chirurgicale antérieure	965	O68.0 Travail et accouchement compliqués d'une anomalie du rythme cardiaque du fœtus	1 318
O64.1 Dystocie due à une présentation du siège	587	O63.0 Prolongation de la première période (à la naissance)	697
O32.1 Soins maternels pour présentation du siège	582	O60 Accouchement avant terme	537
O99.0 Anémie compliquant la grossesse, l'accouchement et la puerpéralité	486	O99.0 Anémie compliquant la grossesse, l'accouchement et la puerpéralité	503
Z30.2 Stérilisation	452	O42.0 Rupture prématurée des membranes, avec début du travail dans les 24 heures	476

Les motifs des césariennes d'urgence sont confirmés par une étude récemment publiée en Allemagne²². Les femmes interrogées ont expliqué que les raisons principales d'une césarienne d'urgence étaient une modification des bruits du coeur (39%) et un travail prolongé (37%).

La controverse règne au sujet d'une forme particulière de césarienne programmée: la césarienne de convenance. Les définitions de ce type de césarienne varient parfois mais, de manière générale, on entend par là une césarienne sans indication médicale, demandée à l'avance par la future mère. Selon les données répertoriées dans la statistique médicale, la proportion de césariennes de convenance était de 11% en 2004. Cependant, étant donné que ce chiffre se fonde sur l'hypothèse d'un relevé exhaustif et précis des diagnostics principaux et supplémentaires pour les césariennes, il ne représente guère qu'une estimation grossière.

Enregistrement des césariennes de convenance

Si la césarienne a été programmée et que la naissance s'est déroulée sans problème, on utilise pour le diagnostic principal le code de la césarienne programmée. Si, en outre, aucun autre code ne figure en diagnostic supplémentaire (hormis le résultat de l'accouchement), il pourrait s'agir d'une césarienne de convenance ne résultant pas d'une nécessité médicale. D'après les règles de codage en vigueur²³, tous les diagnostics supplémentaires ayant une influence sur le traitement doivent aussi être relevés. Pour autant que le codage des diagnostics supplémentaires ait été exhaustif, 32% des césariennes programmées enregistrées en 2004 seraient donc des césariennes de convenance. Il s'agit là très probablement d'une surestimation. Le calcul exact de la proportion de césariennes de convenance sur l'ensemble des césariennes supposerait en outre que des codes précis soient utilisés, tant pour les césariennes programmées que pour les césariennes d'urgence.

²² Kolip Petra, Lutz Ulrike (2005), *Die GEK-Kaiserschnittstudie*, GEK-Edition; Schriftenreihe zur Gesundheitsanalyse, Band 42, Bremen / Schwäbisch Gmünd, avril 2006.

²³ Voir OFS et H+ (2002), *Manuel de codage – Le manuel officiel des règles de codage en Suisse*, Version 1.0, Neuchâtel.

4.2.2 Taux de césariennes selon différentes variables

En Suisse, le taux de césariennes n'a cessé de progresser entre 2000 et 2003. En 2004, en revanche, il s'est stabilisé au niveau de l'année précédente, s'établissant à 29,2%.

En 2004, les hôpitaux publics ont enregistré pour la première fois un léger recul du taux de césariennes. Dans les hôpitaux privés, qui affichent un taux de césariennes nettement plus important, celui-ci a encore progressé en 2004 pour atteindre 39,8%.

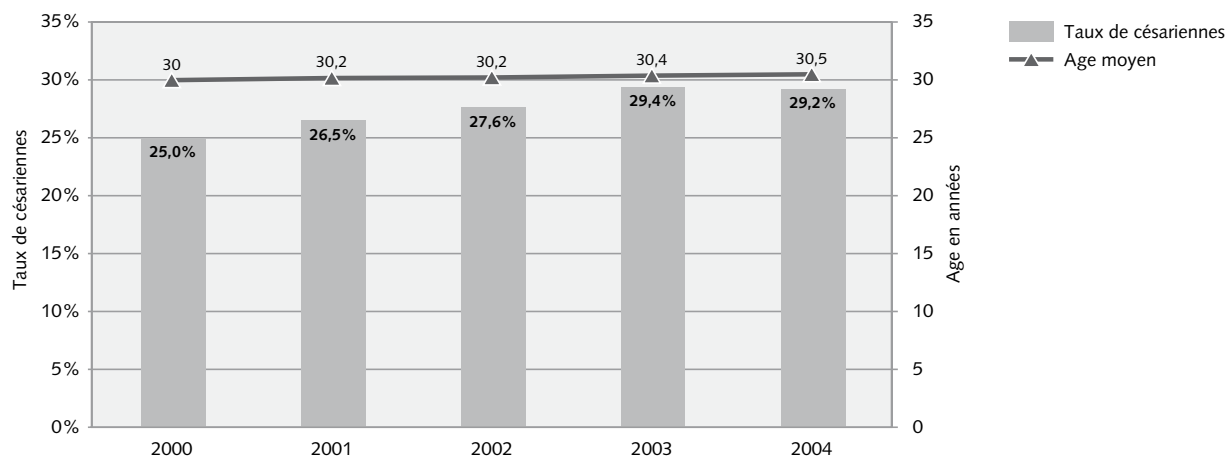
L'âge moyen des femmes césarisées est en légère hausse depuis 2000. En 2004, ces femmes sont en moyenne six mois plus âgées. L'âge plus élevé des parturientes n'explique toutefois pas à lui seul l'augmentation du taux de césariennes. Les causes sont multiples et font débat. Outre l'élévation de l'âge des accouchées, plusieurs autres motifs sont évoqués²⁴:

- Une plus grande attention accordée aux conséquences physiques d'un accouchement vaginal
- Le manque de structures ad hoc pour la prise en charge des grossesses à risque
- La faible utilisation des connaissances des sages-femmes
- Le fait qu'un accouchement par césarienne soit plus lucratif et plus facile à planifier pour les hôpitaux qu'un accouchement vaginal
- L'évolution des compétences obstétricales des sages-femmes et des médecins
- La crainte de procès en responsabilité civile.

²⁴ Rieser Sabine (2006), *Ein schmerzhafter Schritt*, Deutsches Ärzteblatt, Jg.103, Heft 21, 26 mai 2006.

Taux de césariennes et âge moyen, 2000–2004

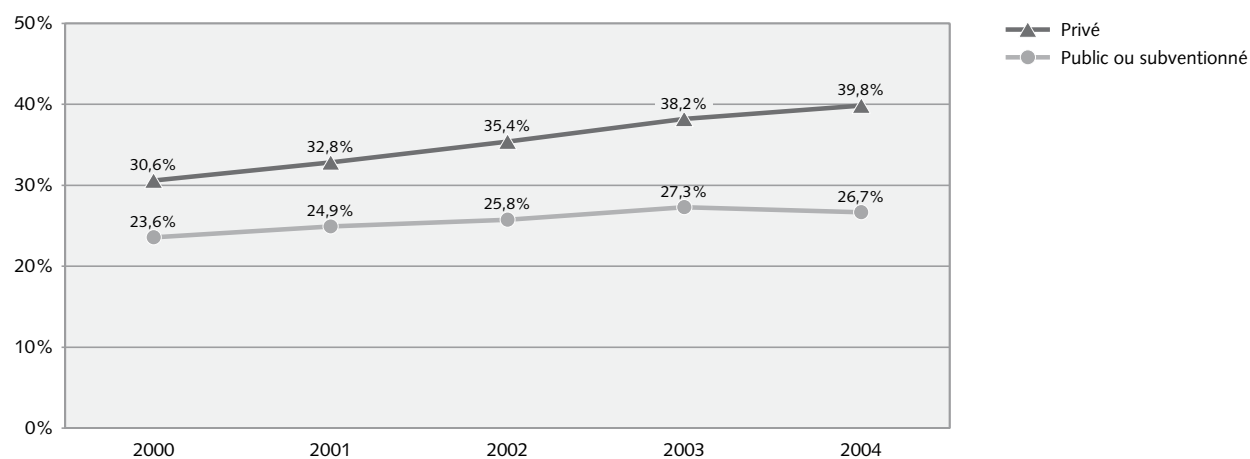
G 6



© Office fédéral de la statistique (OFS)

Taux de césariennes selon le statut de l'hôpital, 2000–2004

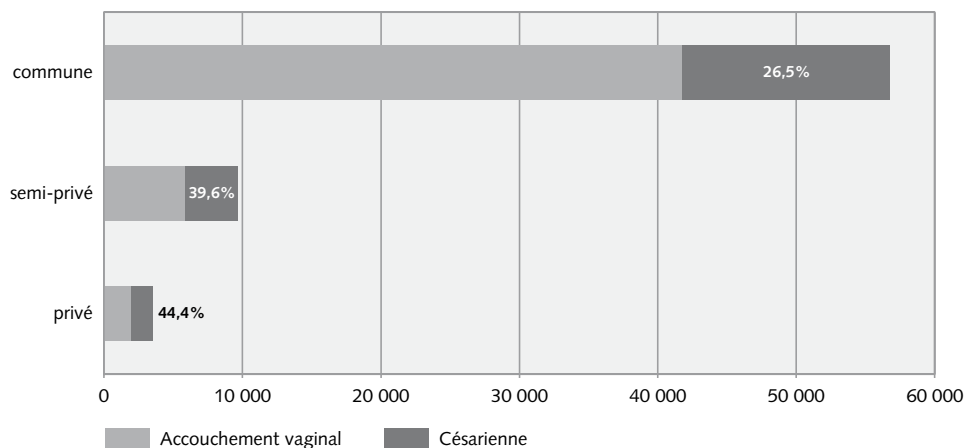
G 7



© Office fédéral de la statistique (OFS)

Nombre et pourcentage de césariennes par catégorie d'assurance, 2004

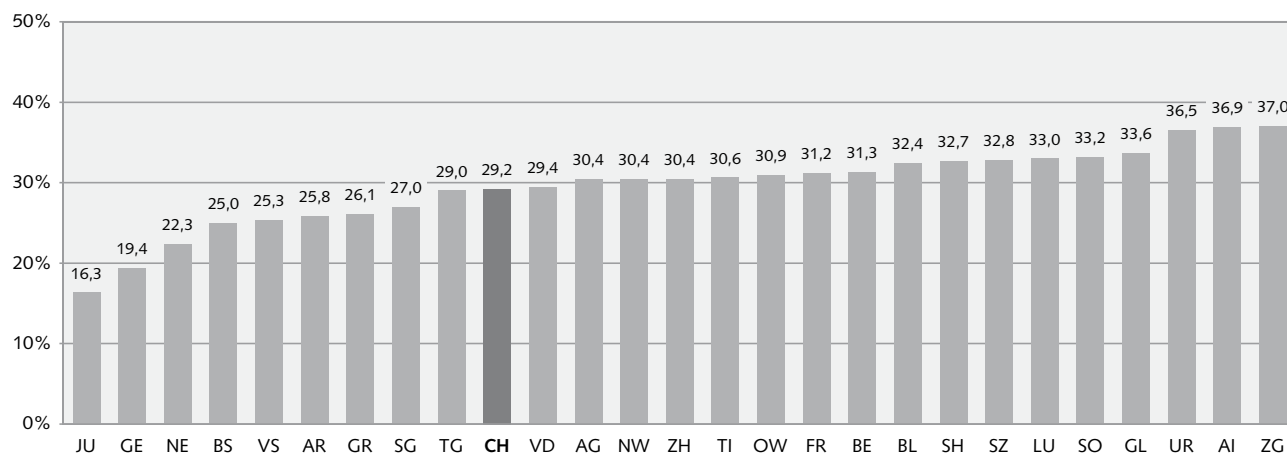
G 8



© Office fédéral de la statistique (OFS)

Taux de césariennes par canton de domicile¹, 2004

G 9



¹ Pour la valeur moyenne de l'ensemble de la Suisse, on considère également les femmes dont le lieu de domicile est à l'étranger ou est inconnu.

© Office fédéral de la statistique (OFS)

Le taux de césariennes varie fortement selon la catégorie d'assurance des patientes. En 2004, parmi les femmes en division commune, ce taux était de 26,5% et il se situait ainsi au-dessous de la moyenne suisse (29,2%). Avec respectivement 39,6% et 44,4%, les taux des patientes en semi-privé et des femmes assurées en privé étaient nettement plus élevés.

La prise en considération du canton de domicile des parturientes fait également apparaître des différences. En 2004, avec 110 césariennes sur 674 accouchements, les Jurassiennes affichaient le taux de césariennes le plus bas (16,3%), tandis qu'avec 393 césariennes sur 1061 accouchements et un taux de 37%, les Zougaises arrivaient en tête de ce classement.

Comme une précédente évaluation l'avait mis en évidence²⁵, les disparités régionales apparaissent davantage au niveau des régions de domicile qu'à celui des cantons de domicile, ce qui signifie que les taux de césariennes varient fortement à l'intérieur des cantons. L'écart entre les taux de césariennes est par conséquent notablement plus important entre lesdites régions MedStat (cf. explication) qu'entre les cantons.

Les régions dans la statistique médicale des hôpitaux

Dans le but d'étudier la répartition géographique des cas d'hospitalisation et par souci de la protection des données, 612 régions de domicile (appelées régions MedStat) ont été constituées par regroupement de codes postaux. Ces régions peuvent être composées de plusieurs petites communes ou correspondre, en particulier dans les zones fortement peuplées, à des quartiers spécifiques. Dans la plupart des cas, ces régions comptent entre 3500 et 10'000 habitants. L'analyse des taux de césariennes de chaque région MedStat constitue un instantané pour l'année 2004. Etant donné que le nombre d'accouchements par région MedStat est relativement bas (la moyenne est de 92 accouchements), ces valeurs peuvent varier fortement d'une année à l'autre. Les régions MedStat affichant moins de 20 accouchements ont été exclues de ces analyses.

Les plus grandes disparités intracantonales sont enregistrées dans les cantons de Lucerne et d'Argovie, avec des écarts respectifs de 42 et 38 points de pourcentage entre les régions MedStat présentant les taux de césariennes les plus bas et celles présentant les taux les plus élevés. Les cantons présentant les taux de césariennes les plus homogènes sont Neuchâtel, Appenzell R.-E. et Jura, avec des disparités régionales inférieures à 10 points de pourcentage.

Dans certaines régions MedStat, un enfant sur deux est né par césarienne, alors que dans d'autres, cette proportion tombe à un enfant sur huit. Il est frappant de constater qu'au niveau des régions MedStat la corrélation entre l'âge moyen des mères et le taux de césariennes est très faible. Le coefficient de corrélation n'est que de 0,15.

²⁵ OFS (2005), 29% des accouchements dans les hôpitaux suisses se font par césarienne, communiqué de presse du 12 août 2005, Neuchâtel.

T 9 Taux de césariennes selon la provenance des parturientes, 2004

Les 20 régions aux taux de césariennes les plus élevés

Rang	Région MedStat		Taux
1	LU11	Meggen	58,7
2	AG81	Zurzach	51,5
3	OW02	Engelberg	50,0
4	BE54	Konolfingen	50,0
5	BE23	Muri bei Bern	49,2
6	GL03	Hinterland	47,6
7	BE46	Utzensdorf	47,5
8	SO81	Nuglar-St. Pantaleon	46,7
9	LU35	Weggis	45,9
10	ZH17	Herrliberg	45,8
11	LU31	Escholzmatt	45,2
12	ZH03	Birmensdorf	45,2
13	ZG01	Baar	45,0
14	ZH31	Mönchaldorf	44,7
15	AG74	Strengelbach	43,8
16	AG44	Menziken	43,6
17	ZH82	Zürich-Witikon	43,4
18	ZH53	Zollikerberg	43,4
19	SO12	Bellach	43,2
20	LU02	Horw	43,1

Les 20 régions aux taux de césariennes les plus bas

Rang	Région MedStat		Taux
604	BL31	Oberdorf	11,8
603	JU03	Haut de la Vallée	11,8
602	JU07	Trois Rivières	12,3
601	TI07	Airolo	13,0
600	AG26	Villmergen	14,0
599	JU01	Courrendlin et Val-Terbi	14,1
598	GE20	Plainpalais, centre-ville	14,3
597	FR20	Glâne	15,4
596	BE69	Obersimmental	15,5
595	GE03	Meyrin	15,7
594	GE17	Saint-Jean	15,8
593	AG46	Laufenburg	15,9
592	BE76	Signau	16,0
591	VD09	Chardonne	16,0
590	VD07	Vevey	16,1
589	SG06	Altstätten	16,1
588	ZH43	Wald	16,1
587	VD47	Avenches	16,4
586	GE14	Pâquis	16,5
585	GE10	Carouge	16,6

5 Durée et coûts des séjours hospitaliers pour cause d'accouchement

En 2004, la durée moyenne du séjour hospitalier pour accouchement spontané a été de 5,6 jours. En cas de césarienne, la durée moyenne d'hospitalisation passe à 8,4 jours. En comparaison de l'ensemble des traitements hospitaliers, les accouchements nécessitent une hospitalisation proportionnellement plus courte. Cela influe avec d'autres facteurs sur le coût des séjours hospitaliers des mères et des nouveau-nés, qui représentent 4% de l'ensemble des coûts des hospitalisations.

5.1 Durée du séjour hospitalier

Plus les mères sont âgées, et plus la durée de l'hospitalisation s'allonge. Les mères âgées de 20 à 29 ans (40%) ont passé 6,2 jours à l'hôpital pour leur accouchement, contre 6,7 jours pour les femmes de 30 à 39 ans (55%). L'âge moyen des mères a légèrement augmenté ces dernières années, passant de 30 ans en 2000 à 30,5 ans en 2004. La durée moyenne de l'hospitalisation a toutefois diminué, malgré cette élévation de l'âge moyen et du taux de césariennes. En 2000 et en 2001, elle était de 6,8 jours, contre 6,7 jours en 2002 et en 2003, et 6,5 jours en 2004.

La durée de l'hospitalisation a également diminué dans d'autres pays européens. Le tableau 10 présente la durée moyenne d'hospitalisation pour un accouchement spontané en Suisse et dans quatre pays voisins.

T 10 Durée du séjour pour les accouchements spontanés en comparaison avec les pays voisins, 2000–2004

	2000	2001	2002	2003	2004
Suisse	6,1	5,9	5,8	5,8	5,6
Autriche ¹	5,7	5,6	5,5	5,4	5,3
France ¹	4,9	4,8	4,8	4,7	4,6
Allemagne ^{1,2}	4,7	4,6	4,4	4,1	...
Italie ^{1,2}	3,9	4,0	3,7	3,7	...

Source: ¹ Eco-Santé OCDE 2006, ² Pas de données disponibles pour 2004

Si les cliniques privées affichent un taux de césariennes nettement plus important, la durée du séjour hospitalier après une césarienne y est toutefois plus courte que dans les hôpitaux publics. Dans l'ensemble, la durée d'hospitalisation est légèrement supérieure dans les hôpitaux privés (6,7 jours) que dans les hôpitaux publics (6,5 jours). On constate cette différence pour tous les types d'hôpitaux de soins généraux, mais pas pour les cliniques spécialisées en gynécologie et en néonatalogie (cf. encadré). Dans ce dernier cas, le séjour est plus long dans les établissements publics (6,4 jours) que dans les cliniques privées (5,7 jours). Parmi ces cliniques privées figurent notamment des maisons de naissance prenant généralement en charge des accouchements sans intervention majeure ou sans complication.

Typologie des hôpitaux de l'OFS

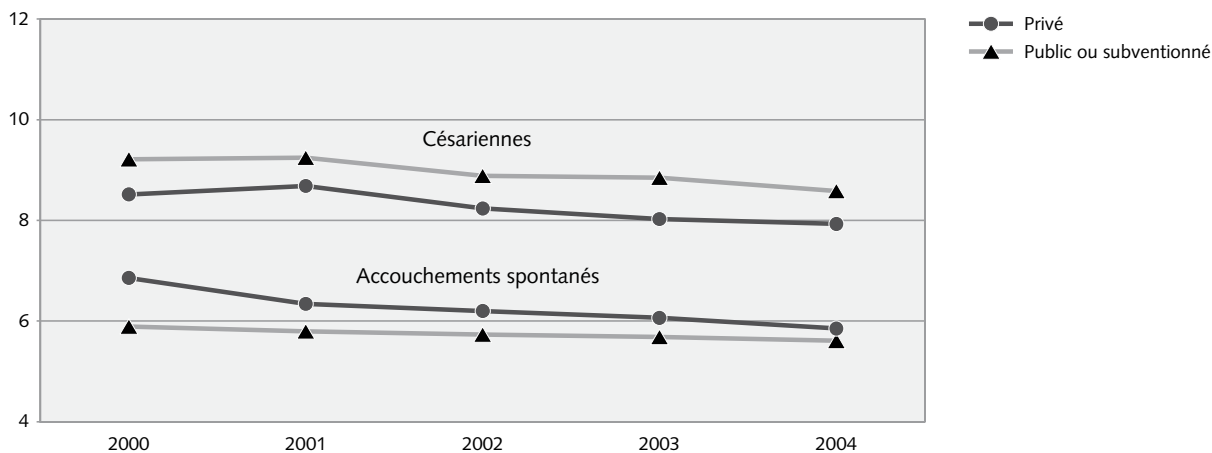
La typologie de l'OFS distingue deux catégories principales d'hôpitaux: les hôpitaux de soins généraux et les cliniques spécialisées. Ces dernières sont spécialisées dans un domaine médical particulier ou dans un nombre restreint de domaines. Les hôpitaux de soins généraux sont divisés en hôpitaux de prise en charge centralisée et en hôpitaux de soins de base. Parmi les établissements de prise en charge centralisée figurent les cinq hôpitaux universitaires de Suisse (niveau de prestations 1) et 22 autres grands établissements ayant généralement entre 9000 à 30'000 cas traités par année (niveau de prestations 2). En fonction notamment du nombre de cas traités par année, les hôpitaux de soins généraux avec des soins de base sont répartis en trois niveaux de prestations (niveaux de prestations 3 à 5)²⁶.

Des différences importantes apparaissent entre cantons pour la durée moyenne d'hospitalisation des accouchées (de 5,8 à 8,2 jours). L'âge moyen des femmes varie selon le canton de domicile entre 29,3 et 31,3 ans. Aucun lien n'a pu être établi entre l'âge moyen des mères et la durée d'hospitalisation dans les différents cantons.

²⁶ OFS (2001), *Typologie des hôpitaux*, Version 5.2, novembre 2006, Neuchâtel.

Durée moyenne de séjour par type d'accouchement et statut de l'hôpital, 2000–2004

G 10



© Office fédéral de la statistique (OFS)

Un taux de césariennes élevé dans un canton n'est pas toujours lié à une durée d'hospitalisation moyenne importante. Par exemple, le canton de Soleure enregistre à la fois le cinquième taux de césariennes le plus élevé et la cinquième durée d'hospitalisation pour accouchement la plus courte. Cette situation est imputable à un séjour hospitalier des Soleuroises relativement court après une césarienne.

5.2 Coûts estimés des séjours de la mère et de l'enfant

Le coût des naissances peut être estimé en se fondant sur les données de la statistique médicale et sur les «cost weights» (cf. encadré) calculés par l'Association APDRG Suisse²⁷. Cette estimation ne repose pas sur les montants en francs réellement facturés, mais sur la répartition de tous les cas traités dans des groupes de patients (aussi homogènes que possible du point de vue médical et économique) et sur l'attribution de cost weights.

Calcul des coûts de traitement des groupes de patients AP-DRG

Grâce aux données de la statistique médicale, chaque cas somatique aigu traité peut être rangé dans ce que l'on appelle un groupe AP-DRG («All Patient Diagnosis Related groups»). Un logiciel de groupement spécifique permet de classer chaque naissance dans un AP-DRG. Un poids relatif en termes de coûts (ou cost weight), calculé par l'Association APDRG Suisse, peut ensuite être attribué à chacun de ces groupes de patients. Ce cost weight est le résultat de la pondération des coûts d'hospitalisation moyens d'un AP-DRG spécifique par les coûts d'hospitalisation moyens de l'ensemble des traitements hospitaliers effectués en Suisse. Pour calculer les coûts estimés d'un cas traité, on peut ensuite multiplier la valeur du cost weight par le coût moyen en francs pour un patient moyen, également calculé par APDRG Suisse. Dans la version 4.1 des cost weights, ce dernier montant est de 9041 francs pour les hôpitaux universitaires et de 6842 pour les autres hôpitaux.

Étant donné que chaque nouveau-né constitue un cas, les coûts occasionnés par les nouveau-nés et ceux causés par les mères peuvent être considérés séparément. La somme des coûts ainsi calculés pour les nouveau-nés et pour les mères donne le coût estimé des naissances à l'hôpital.

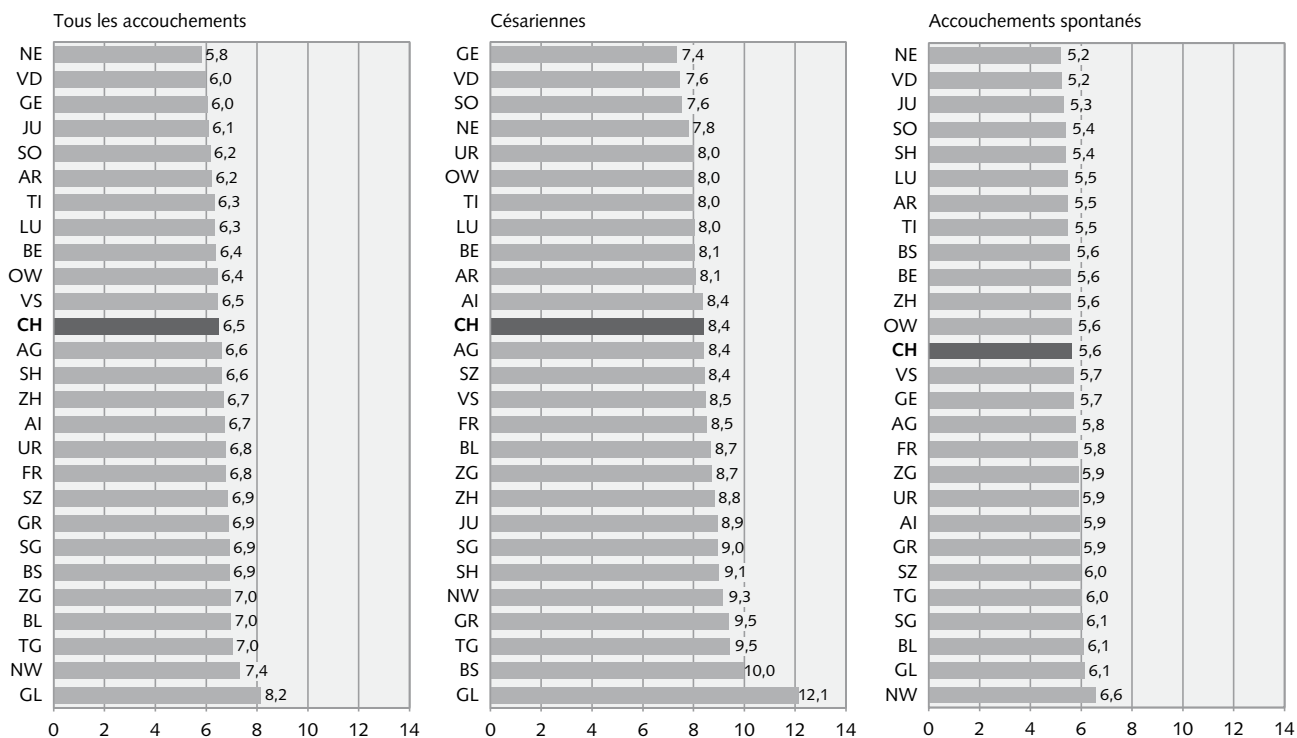
Le coût estimé pour les 71'612²⁸ enfants nés à l'hôpital en 2004 se monte à 227 millions de francs. Ce chiffre comprend toutes les naissances enregistrées dans les hôpitaux, mais pas les nouveau-nés transférés dans un autre hôpital (cf. chapitre 2.2).

²⁷ Parmi la quarantaine de membres de l'APDRG Suisse figurent les principaux cantons, hôpitaux et caisses d'assurance-maladie et accident.

²⁸ 699 naissances n'ont pu être attribuées à aucun AP-DRG.

Durée moyenne de séjour par canton de domicile¹ et type d'accouchement, 2004

G 11



¹ Pour la durée moyenne de séjour de l'ensemble de la Suisse, on considère également les femmes dont le lieu de domicile est à l'étranger ou est inconnu.

© Office fédéral de la statistique (OFS)

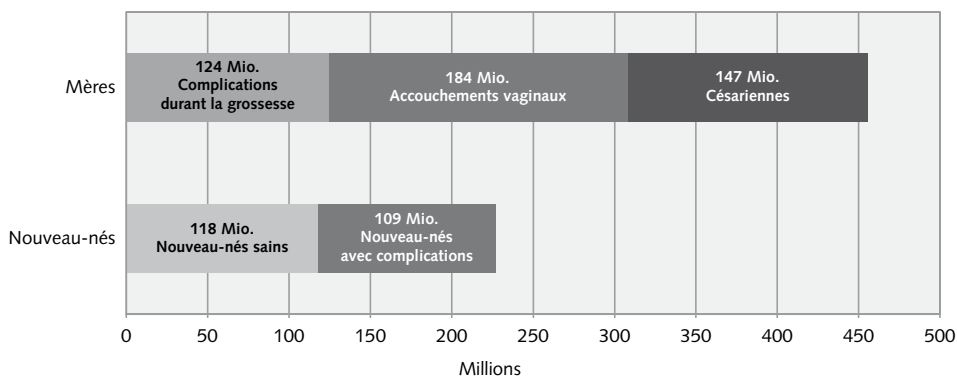
Les coûts des traitements des mères se montent eux à 456 millions de francs, dont 331 millions sont imputables aux accouchements et 124 millions aux séjours hospitaliers lors de complications et d'affections durant la grossesse (cf. chapitre 3).

La somme des coûts relatifs aux nouveau-nés et aux mères (accouchements et complications de la grossesse) est de 682 millions de francs pour l'année 2004, ou de 558 millions de francs si l'on ne tient pas compte des coûts des hospitalisations durant la grossesse.

Ces 682 millions de francs dépensés en Suisse pour la mère et l'enfant, qui représentent 12% des hospitalisations, correspondent à environ 4% des coûts de l'ensemble de la prise en charge hospitalière, qui ont atteint 16,7 milliards de francs en 2004 (frais d'investissement non compris).

Coûts estimés des hospitalisations pour grossesses et accouchements, 2004

G 12



© Office fédéral de la statistique (OFS)

6 Annexe: tableaux

T 11 Autres traumatismes obstétricaux par type d'accouchement, 2004

Désignation (nombre d'accouchements)	Code CIM-10	Tous les accouchements (N = 69'952)		Accouchements spontanés (N = 42'239)		Accouchements avec forceps (N = 1699)		Accouchements avec ventouse (N = 3321)	
Rupture de l'utérus avant le début du travail	O71.0	17	< 0,1%	4	< 0,1%	0	0%	0	0%
Rupture de l'utérus pendant le travail	O71.1	73	0,1%	8	< 0,1%	0	0%	3	0,1%
Inversion post-partum de l'utérus	O71.2	5	< 0,1%	5	< 0,1%	0	0%	0	0%
Déchirure obstétricale du col de l'utérus	O71.3	185	0,3%	122	0,3%	13	0,8%	33	0,1%
Déchirure obstétricale vaginale haute isolée	O71.4	1 358	1,9%	1 053	2,5%	41	2,4%	135	4,1%
Autres lésions obstétricales des organes pelviens	O71.5	26	< 0,1%	14	< 0,1%	0	0%	1	< 0,1%
Lésions obstétricales intéressant les articulations et les ligaments pelviens	O71.6	9	< 0,1%	3	< 0,1%	0	0%	3	0,1%
Hématome pelvien d'origine obstétricale	O71.7	22	< 0,1%	15	< 0,1%	1	< 0,1%	4	0,1%
Autres traumatismes obstétricaux	O71.8 et O71.9	3 796	5,4%	2 812	6,7%	26	1,5%	176	5,3%

T 12 Hémorragies du post-partum par type d'accouchement, 2004

Désignation (nombre d'accouchements)	Code CIM-10	Tous les accouchements (N = 69'952)		Accouchements spontanés (N = 42'239)		Accouchements avec forceps (N = 1699)		Accouchements avec ventouse (N = 3321)	
Hémorragie de la délivrance	O72.0	1213	1,7%	833	2,0%	55	3,2%	79	2,4%
Autres hémorragies immédiates du post-partum	O72.1	1123	1,6%	671	1,6%	74	4,4%	96	2,9%
Hémorragie du post-partum, tardive et secondaire	O72.2	188	0,3%	129	0,3%	8	0,5%	11	0,3%
Anomalie de la coagulation au cours du post-partum	O72.3	108	0,2%	75	0,2%	2	0,1%	2	0,1%

Programme des publications de l'OFS

En sa qualité de service central de statistique de la Confédération, l'Office fédéral de la statistique (OFS) a pour tâche de rendre les informations statistiques accessibles à un large public.

L'information statistique est diffusée par domaine (cf. verso de la première page de couverture); elle emprunte diverses voies:

<i>Moyen de diffusion</i>	<i>N° à composer</i>
Service de renseignements individuels	032 713 60 11 info@bfs.admin.ch
L'OFS sur Internet	www.statistique.admin.ch
Communiqués de presse: information rapide concernant les résultats les plus récents	www.news-stat.admin.ch
Publications: information approfondie (certaines sont disponibles sur disquette/CD-Rom)	032 713 60 60 order@bfs.admin.ch
Banque de données (accessible en ligne)	032 713 60 86 www.statweb.admin.ch

Informations sur les divers moyens de diffusion sur Internet à l'adresse www.statistique.admin.ch → Services → Les publications de Statistique suisse.

Santé

Hospitalisations: principaux résultats – Résultats de la statistique médicale des hôpitaux 2005, Actualités OFS, Neuchâtel mars 2007, N° de commande: 532-0706-05, gratuit

Statistique médicale des hôpitaux 2005, Résultats définitifs (Tableaux standard), Actualités OFS, Neuchâtel mars 2007, N° de commande: 532-0703-05, gratuit

Hospitalisations: principaux résultats – Résultats de la statistique médicale des hôpitaux 2004, Actualités OFS, Neuchâtel juin 2006, N° de commande: 532-0608-05, gratuit

Statistique médicale des hôpitaux 2004, Résultats définitifs (Tableaux standard), Actualités OFS, Neuchâtel janvier 2006, N° de commande: 532-0604-05, gratuit

Statistique médicale des hôpitaux: Résultats des statistiques suisses de la santé, L'indice du «case mix»: une mesure du degré de gravité moyen des cas traités dans un hôpital, Méthode et analyses, StatSanté 3/2004, N° de commande: 515-0403, gratuit

Statistique de la procréation médicalement assistée, Actualités OFS, Neuchâtel octobre 2006, N° de commande: 532-0602-05, gratuit

Statistique des interruptions de grossesse, Résultats 2005, Actualités OFS, Neuchâtel mars 2007, N° de commande : 532-0707-05, gratuit

Statistique des interruptions de grossesse, Résultats 2004, Actualités OFS, Neuchâtel février 2006, N° de commande: 532-0601-05, gratuit

Un peu plus de 70'000 enfants viennent au monde chaque année en Suisse. La plupart naissent à l'hôpital. La grossesse et l'accouchement se passent généralement bien, mais ils peuvent, dans certains cas, donner lieu à des complications. La présente publication décrit, dans sa première partie, la nature et la fréquence des complications qui entraînent l'hospitalisation de la mère durant la grossesse. La deuxième partie traite des accouchements à l'hôpital et des procédures obstétricales d'aide à l'accouchement. Les accouchements par césarienne, leurs causes et leur fréquence selon les régions font l'objet d'une attention particulière. La troisième et dernière partie concerne la durée des séjours hospitaliers postnatals et les coûts de l'hospitalisation des nouveau-nés ainsi que des femmes durant la grossesse et l'accouchement. Le rapport s'appuie sur les données de la statistique médicale des hôpitaux, que l'Office fédéral de la statistique (OFS) recueille chaque année auprès de tous les hôpitaux publics et privés de Suisse.

Numéro de commande

515-0701

Commandes

Tél.: 032 713 60 60

Fax: 032 713 60 61

E-mail: order@bfs.admin.ch

Prix

gratuit

ISBN 978-3-303-14108-3

