

Depuis plusieurs années, les conditions de prise en charge des naissances évoluent, notamment grâce à l'amélioration de l'adéquation entre l'équipement des maternités et le niveau de risque encouru par les mères et les nouveau-nés. Le taux de césariennes, en augmentation constante jusqu'en 2007, s'est depuis stabilisé autour de 20 %. Les durées moyennes des séjours (4,6 jours en 2019) diminuent dans le secteur privé et dans le public.

Une meilleure prise en charge des femmes et des nouveau-nés présentant des risques

Les maternités de types 2b et 3 prennent en charge plus de la moitié des accouchements, bien qu'elles représentent moins d'un tiers des maternités (32 % des maternités ayant réalisé au moins un accouchement en 2019). Par ailleurs, elles accueillent la majorité des femmes et des nouveau-nés présentant le plus de risques. Selon les données de la statistique annuelle des établissements de santé (SAE) et du PMSI-MCO en 2019, 73 % des naissances multiples, 70 % des naissances d'enfants de moins de 2 500 grammes et 71 % des naissances prématurées ont lieu dans une maternité de type 2b ou 3 (*graphique 1*).

Lorsque les patientes se trouvent dans une maternité ne disposant pas d'un environnement adapté à des conditions d'accouchement plus difficiles, elles peuvent être orientées vers des structures de type supérieur. En 2019, 600 femmes ont ainsi été transférées vers une maternité de type 2b et 1 800 vers une maternité de type 3¹.

Un taux de césariennes stable et modéré par rapport aux autres pays européens

Entre 2000 et 2007, le taux de césariennes a augmenté de manière régulière, passant de 17,4 % à 20,2 %. Depuis, il s'est stabilisé autour de 20 %, il s'établit à 20,3 % en 2019, en hausse par rapport à 2018 (19,9 %) [*graphique 2*]. À titre

de comparaison, en 2017, la France occupait le 9^e rang de l'ensemble des pays de l'Organisation de coopération et de développement économiques (OCDE), hors Japon et Grèce², pour son taux global de césariennes.

D'un type de maternité à un autre, les taux de césariennes sont proches. Les maternités de type 2b ont le taux le plus bas (19,5 % en 2019), tandis qu'il est légèrement plus élevé pour les maternités de type 3 (21,0 %), qui concentrent davantage d'accouchements difficiles et de très grands prématurés pour lesquels l'accouchement se fait très fréquemment par césarienne.

Parmi ces accouchements par césarienne, 68 % sont réalisés en urgence (avant ou au cours du travail) et 32 % sont programmés. Pour les seuls établissements privés à but lucratif, la proportion de césariennes programmées atteint 38 % (contre respectivement 30 % et 34 % pour les établissements publics et privés à but non lucratif).

Au total, 6,6 % de l'ensemble des accouchements pratiqués en 2019 sont des césariennes programmées. En se limitant aux seuls accouchements à terme³, ce ratio s'établit à 6,7 %⁴. Il varie de 6,1 % dans les hôpitaux publics à 8,7 % au sein des cliniques privées.

Une augmentation des naissances multiples

Si la part des accouchements uniques est largement majoritaire (plus de 98 %), la proportion

1. Il s'agit du nombre de femmes transférées pour accouchement, dans le cadre d'une hospitalisation, dans un autre établissement de MCO. Depuis la refonte de la SAE en 2013, ce nombre est calculé à l'aide du PMSI-MCO, mais il n'est pas possible de savoir si le transfert s'effectue vers une structure de type supérieur. Avant la refonte de la SAE, les femmes transférées depuis une consultation externe étaient également comptabilisées.

2. En 2017, l'OCDE comptait 36 pays ; la France était au 9^e rang sur 34 pays (hors Japon et Grèce).

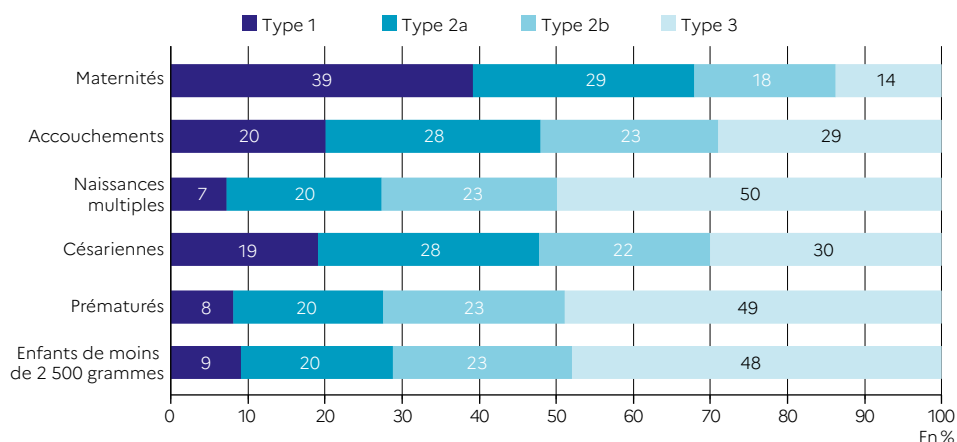
3. Un accouchement est dit « à terme » lorsqu'il intervient à 37 semaines d'aménorrhée ou plus.

4. Ce ratio correspond au nombre de césariennes programmées à terme rapporté au nombre total des accouchements à terme.

d'accouchements multiples a progressé lentement mais régulièrement entre 1997 et 2015 et s'avère relativement stable depuis. Alors qu'elle représentait 1,4 % de l'ensemble des accouchements en 1997, la part des accouchements multiple s'établit à 1,6 % en 2019.

L'augmentation observée entre 1997 et 2015 est liée au développement de la procréation médicalement assistée (PMA) et à l'augmentation de l'âge moyen de la maternité. Cependant, dans les dernières années, les progrès réalisés dans les prises en charge en PMA ont abouti à la mise en

Graphique 1 Caractéristiques de l'activité par type de maternité en 2019

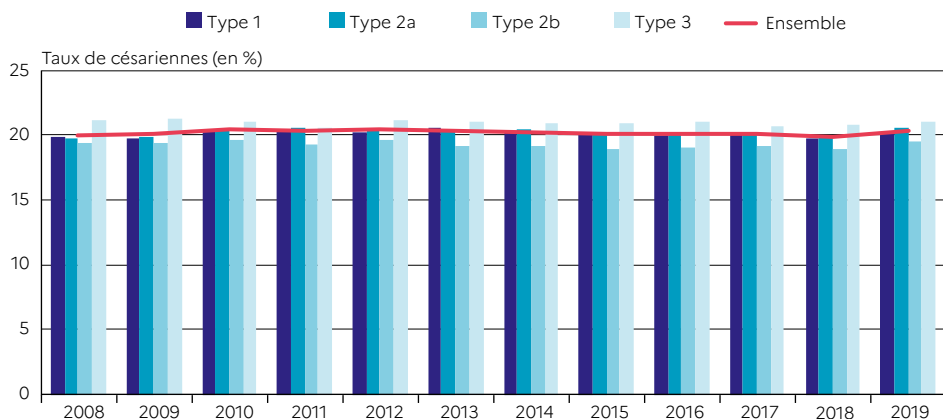


Note > Maternités ayant réalisé au moins un accouchement au cours de l'année 2019.

Champ > Ensemble des naissances en France métropolitaine et dans les DROM (incluant Saint-Martin, Saint-Barthélemy et Mayotte), y compris le SSA.

Sources > DREES, SAE 2019 ; ATIH, PMSI-MCO 2019, traitements DREES.

Graphique 2 Évolution des taux de césariennes par type de maternité depuis 2008



Note > Maternités ayant réalisé au moins un accouchement au cours de l'année 2019.

Champ > Ensemble des accouchements en France métropolitaine et dans les DROM (incluant Saint-Martin, Saint-Barthélemy et Mayotte depuis 2011), y compris le SSA.

Sources > DREES, SAE 2008-2019, traitements DREES.

place de nouveaux protocoles permettant de limiter les grossesses multiples, sans altérer les taux de réussite d'obtention d'une grossesse.

Des séjours plus courts

En 2019, la durée moyenne d'un séjour pour accouchement est de 4,6 jours, soit une baisse de près de 1 journée par rapport à 2003 (tableau 1). Cette diminution s'applique aussi bien au secteur public qu'au secteur privé. Par ailleurs, sur l'ensemble des accouchements, il n'y a pas de différence notable de durée moyenne de séjour selon le statut de l'établissement.

En revanche, le mode d'accouchement influe grandement sur la durée du séjour. Ainsi, la durée moyenne d'un séjour pour un accouchement par césarienne, tous secteurs confondus, est de 6,2 jours en 2019, contre 4,2 jours pour un accouchement par voie basse. La durée moyenne d'un séjour pour accouchement par césarienne dans le secteur public est supérieure de presque 1 jour (6,5 jours en 2019) à celle du secteur privé, à but lucratif ou non (respectivement 5,6 et 5,5 jours). Pour les deux modes d'accouchement, les durées moyennes de séjour baissent depuis 2003. ■

Tableau 1 Évolution de la durée des séjours pour accouchement selon le statut de l'établissement et le mode d'accouchement

	En jours							
	Établissements publics		Établissements privé à but non lucratif		Établissements privés à but lucratif		Ensemble des établissements	
	2003	2019	2003	2019	2003	2019	2003	2019
Accouchements par voie basse	4,9	4,3	4,9	4,0	5,0	4,1	4,9	4,2
Accouchements par césarienne	8,3	6,5	7,8	5,5	7,6	5,6	8,0	6,2
Ensemble des accouchements	5,5	4,7	5,5	4,3	5,5	4,4	5,5	4,6

Champ > Accouchements en France métropolitaine et dans les DROM (incluant Saint-Martin, Saint-Barthélemy et Mayotte en 2019), y compris le SSA.

Sources > ATIH, PMSI-MCO 2003 et 2019, traitements DREES.

Encadré Sources et méthodes

Champ

Maternités de France métropolitaine et des DROM (incluant Saint-Martin, Saint-Barthélemy et Mayotte), hors centres périnataux de proximité, mais y compris le service de santé des armées (SSA).

Sources

La statistique annuelle des établissements de santé (SAE) décrit l'activité des établissements de santé (séjours et journées en hospitalisation complète, journées en hospitalisation partielle, séances, etc.) et les facteurs de production associés (lits, places, équipements, personnel). Le programme de médicalisation des systèmes d'information (PMSI), mis en place par la Direction générale de l'offre de soins (DGOS) et l'Agence technique de l'information sur l'hospitalisation (ATIH), fournit une description médico-économique de l'activité de court séjour des établissements de santé depuis 1997, pour chaque séjour réalisé. En fin d'année 2019, une rétention de données dans les services a affecté les remontées du PMSI de certains établissements, qui ont pu remonter les informations liées à certains séjours avec retard. Cette rétention de données concernant essentiellement le MCO, l'ATIH a mis à disposition cette année une base PMSI-MCO révisée intégrant les modifications et intégrations que les établissements de santé peuvent réaliser tout au long de l'année suivante (lamdas). Cette fiche exploite la base PMSI-MCO révisée.

Définitions

> **Maternités** : les établissements dénombrés ici sont des établissements géographiques disposant d'une autorisation en obstétrique ayant réalisé au moins un accouchement au cours de ●●●



l'année 2019, et ce même si certains d'entre eux ne possèdent plus d'autorisation en obstétrique au 31 décembre 2019.

> **Type de maternité** : les décrets de périnatalité du 9 octobre 1998 (désormais articles D. 6124-35 et suivants du Code de la santé publique) ont posé un cadre d'organisation des soins en réseau, afin de garantir une meilleure adéquation entre le niveau de risque de la patiente et du nouveau-né et le type de la maternité d'accueil. Quatre types de maternité sont ainsi définis : un établissement est dit de type 1 s'il possède un service d'obstétrique, de type 2a s'il dispose aussi d'un service de néonatalogie, de type 2b s'il comprend en plus un service de soins intensifs néonataux et de type 3 s'il dispose d'un service de réanimation néonatale sur le même site que les trois services précédents (obstétrique, néonatalogie et soins intensifs néonataux).

> **Accouchements** : en cas de naissance multiple, un seul accouchement est comptabilisé.

Pour en savoir plus

- > **Arnault, S., Exertier, A.** (2010). Les maternités : plus de trente ans d'évolution. Dans M. Chaleix, A. Exertier et C. Minodier (coord.). *Les Établissements de santé, un panorama pour l'année 2007* (p. 49-72). Paris, France : DREES, coll. Études et Statistiques.
- > **Baubeau, D., Buisson, G.** (2003, décembre). La pratique des césariennes : évolution et variabilité entre 1998 et 2001. DREES, *Études et Résultats*, 275.
- > **Blondel, B., et al.** (2017, octobre). Trends in perinatal health in metropolitan France from 1995 to 2016. Results from the French National Perinatal Surveys. Elsevier Masson, *Journal of Gynecology, Obstetrics and Human Reproduction*.
- > **Blondel, B., Gonzalez, L., Raynaud, P. (dir.)** (2017, octobre). Enquête nationale périnatale. Les naissances et les établissements – *Situation et évolution depuis 2010*. (Rapport 2016). Inserm, DREES.
- > **Bourdillon, F., Fourcade, N., von Lennep, F. et al. (dir.)** (2017). *L'état de santé de la population en France*. (Rapport). Paris, France : DREES – Santé publique France.
- > **Coulm, B., Blondel, B.** (2013, février). Durée de séjour en maternité après un accouchement par voie basse en France. Elsevier Masson : *Journal de gynécologie, obstétrique et biologie de la reproduction*, 42/1.
- > **Fresson, J., Vanhaesebrouck, A., Vilain, A.** (2017, octobre). Les maternités en 2016 – Premiers résultats de l'enquête nationale périnatale. DREES, *Études et Résultats*, 1031.
- > **Organisation de coopération et de développement économiques (OCDE)** (2019, décembre). *Panorama de la santé 2019. Les indicateurs de l'OCDE*. Paris, France : OCDE.