

En 2018, en France métropolitaine et dans les DROM, 1,2 million de séjours ont eu lieu en obstétrique. Les accouchements, dont le nombre a diminué de plus de 8 000 entre 2017 et 2018, représentent 63 % de ces séjours. 71 % d'entre eux se déroulent dans les hôpitaux publics, qui prennent également en charge une part élevée des affections ante et post-partum et des interruptions volontaires de grossesse.

Forte prédominance des établissements publics en obstétrique

Les hôpitaux publics réalisent 74 % de l'activité d'obstétrique et 71 % des accouchements (tableau 1). La majeure partie des accouchements par voie basse avec complications (80 %) ont lieu dans le secteur public. Cette situation résulte de la spécialisation des maternités : la plus grande partie des maternités de type 2b et 3, destinées à prendre en charge les accouchements à risque pour la patiente ou le nouveau-né, appartiennent au secteur public (voir fiche 24, « La naissance : les maternités »).

Les établissements publics accueillent également 78 % des affections ante-partum, parmi lesquelles comptent principalement des complications de la grossesse. Ces séjours représentent 16 % de l'activité obstétricale de l'ensemble des établissements. Les affections post-partum, elles, sont prises en charge à hauteur de 80 % par les établissements publics, mais représentent seulement 1 % de l'activité obstétricale, tous établissements confondus.

Les interruptions médicales de grossesse (IMG) interviennent lorsque le fœtus est atteint d'une affection particulièrement grave et incurable, ou que la grossesse met en jeu la vie de la mère ; elles peuvent être réalisées tout au long de la grossesse. Les IMG sont considérées comme des accouchements à partir de 22 semaines d'aménorrhée (SA) et comme des avortements pour raison médicales avant ce seuil. Les interruptions de grossesse avant 22 SA (IMG ou fausses couches spontanées) sont prises en charge dans le secteur public dans 68 % des cas. En outre, 67 % d'entre elles se font en ambulatoire (séjour de moins de un jour).

Les interruptions volontaires de grossesse (IVG) sont des avortements réalisés à la demande de la femme,

sans avoir à en justifier le motif. Elles sont autorisées jusqu'à 14 SA (ou 12 semaines de grossesse). La quasi-totalité des IVG réalisées à l'hôpital le sont en ambulatoire (98 %). La part du secteur public y est prépondérante, puisqu'il prend en charge 87 % d'entre elles (voir fiche 27 « Les interruptions volontaires de grossesse »).

19 % de l'activité d'obstétrique réalisée dans les cliniques privées

Au fil des années, la part des accouchements pratiqués dans le secteur privé à but lucratif a progressivement baissé, pour s'établir à 21 % en 2018 (27 % en 2009). Ce secteur réalise 22 % des accouchements par voie basse sans complication, 13 % des accouchements par voie basse avec complications et 23 % des accouchements par césarienne. Les cliniques privées prennent aussi en charge 26 % des IMG, mais seulement 10 % des IVG. Les établissements privés à but non lucratif ont, eux, un poids très faible dans le domaine obstétrical, et ne prennent en charge que 7 % de l'ensemble des séjours d'obstétrique.

Une évolution de la prise en charge en faveur du secteur public

Entre 2017 et 2018, la part des établissements publics dans l'ensemble des activités obstétricales a continué de progresser (+0,6 points, après +0,9 points en 2017), essentiellement au détriment des cliniques privées. Cette évolution concerne aussi bien les accouchements par voie basse que les IMG. Elle est également très marquée pour les IVG, pour lesquelles la part du secteur public progresse de 1,4 points en 2018, là encore principalement au détriment de celle des cliniques privées. ■

Tableau 1 Répartition des prises en charge obstétricales selon le statut de l'établissement et le groupe d'activité en 2018

	Nombre de séjours ¹	Évolution 2017-2018 (en %)	Établissements publics (en %)	Établissements privés à but non lucratif (en %)	Établissements privés à but lucratif (en %)
Ensemble des activités obstétricales	1 193 334	-0,9	74,1	6,8	19,1
Accouchements², dont :	750 905	-1,1	70,6	8,1	21,2
accouchements par voie basse sans complication	533 524	-1,6	69,8	8,4	21,8
accouchements par voie basse avec complications	69 132	6,7	80,5	6,8	12,7
accouchements par césarienne	148 249	-2,4	69,1	7,7	23,2
Affections ante-partum	192 880	-2,6	78,4	4,7	16,9
Affections post-partum	15 269	5,4	80,3	7,5	12,3
Interruptions médicales de grossesse³ ou fausses couches spontanées	65 616	3,4	67,7	6,3	26,0
Interruptions volontaires de grossesse	168 664	-0,1	86,7	3,4	9,9

1. Dans le tableau sont inclus uniquement les séjours avec un diagnostic renseigné. En 2018, 68 séjours n'ont pas de diagnostic renseigné en obstétrique.

2. Y compris accouchements hors établissements et transférés en service obstétrique (environ 4 000 en 2018).

3. Avant 22 semaines d'aménorrhée.

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

Sources > ATIH, PMSI-MCO 2017-2018, traitements DREES.

Encadré Sources et méthodes

Champ

Activités d'hospitalisation de court séjour, complète ou partielle, des établissements de santé ayant fonctionné en 2018 en France métropolitaine et dans les DROM (incluant Saint-Martin, Saint-Barthélemy et Mayotte), y compris le service de santé des armées (SSA), hors séances. Les séjours des nouveau-nés restés auprès de leur mère ne sont pas comptabilisés ici, car ils ne relèvent pas de l'obstétrique mais de l'activité de médecine.

Source

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 d'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.

Définitions

> **Identification des séjours d'obstétrique** : voir fiche 09, « Médecine, chirurgie, obstétrique, odontologie : activité et capacités ».

> **Statuts juridiques des établissements** : les établissements et leurs modes de financement sont présentés dans l'annexe 1, « Cadre juridique et institutionnel des établissements de santé ».

Pour en savoir plus

- > **Arnault, S. et Exertier, A.** (2009). 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.
- > **Buisson, G.** (2003, mars). Le réseau des maternités entre 1996 et 2000. Un mouvement de réorientation des grossesses à risques, avec de fortes disparités régionales. DREES, *Études et Résultats*, 225.
- > **Evain, F.** (2013, octobre). Hospitalisation de court séjour. Évolution des parts de marché entre 2003 et 2011. DREES, *Études et Résultats*, 854.
- > **Fresson, J., Vanhasebrouck, A. et Vilain, A.** (2017, octobre). Les maternités en 2016. Premiers résultats de l'enquête nationale périnatale. DREES, *Études et Résultats*, 1031.
- > **Lombardo, P.** (2008, octobre). La spécialisation des établissements de santé en 2006. DREES, *Études et Résultats*, 664.
- > **Vilain, A.** (2019, septembre). 224 300 interruptions volontaires de grossesse en 2018. DREES, *Études et Résultats*, 1125.