

Depuis les années 1970, les pouvoirs publics ont pris diverses mesures afin d'encadrer la pratique des accouchements et de réduire les risques pour l'enfant et la mère. Ce cadre juridique a entraîné un long processus de restructuration et de concentration des maternités qui se poursuit, avec la diminution constante de leur nombre et une augmentation de la taille moyenne.

Un cadre juridique en deux étapes

La première étape de restructuration des maternités débute en 1972 avec la parution du décret Dienesch, applicable aux cliniques privées d'accouchement, qui impose des normes de sécurité très détaillées pour les locaux et le plateau technique. Quinze lits minimum étaient notamment requis pour obtenir l'autorisation d'exercice d'une maternité. La même année, des normes identiques à celles du décret Dienesch sont mises en œuvre dans le secteur public.

La seconde étape est amorcée avec la parution des décrets Périnatalité du 9 octobre 1998. Ces décrets définissent réglementairement trois types de maternités, qui prennent en charge les grossesses selon le niveau de risque périnatal pour la patiente et le nouveau-né. L'objectif est d'orienter les femmes enceintes vers les structures adaptées en fonction de ces niveaux de risque, grâce à un suivi prénatal précoce. Ces dispositions ont été complétées par les plans Périnatalité 1995-2000 et 2005-2007.

Un mouvement régulier de concentration et de spécialisation

Dans le secteur privé, la parution en 1972 du décret Dienesch a entraîné la disparition de nombreuses petites cliniques obstétricales souvent tenues par des sages-femmes. Dans le secteur public, ce sont les maternités des hôpitaux locaux, peu fréquentées et placées sous la responsabilité de médecins généralistes, qui ont été touchées. Avec l'application des décrets Périnatalité du 9 octobre 1998, la diminution du nombre de maternités s'est poursuivie entre

1996 et 2017 au profit des maternités de types 2 et 3. En France métropolitaine, le nombre de maternités est passé de 1 369 en 1975 à 814 en 1996, pour s'établir à 482 en 2017, hors service de santé des armées (SSA)¹.

Dans les services d'obstétrique, le nombre de lits a quasiment été divisé par deux depuis trente ans, alors que la natalité en France métropolitaine est restée dynamique au cours de toute la période, avec 710 000 à 800 000 naissances par an (*graphique 1*). Le taux d'utilisation des lits des maternités a donc fortement augmenté durant cette période. Il est passé de 22 à 47 accouchements annuels par lit en moyenne entre 1975 et fin 2017. Parallèlement, la durée moyenne de séjour a diminué. Elle est passée de 8,0 jours en 1975 à 5,3 jours en 1996, puis à 4,6 jours en 2017.

Une part croissante d'accouchements dans les maternités de types 2 et 3

Au 31 décembre 2017, 502 maternités sont dénombrées en France métropolitaine et dans les DROM (Mayotte inclus), y compris le SSA : 202 maternités dites de type 1, 233 de type 2 et 67 de type 3. Elles totalisent 15 900 lits d'obstétrique et ont réalisé 756 000² accouchements. En 2007, 64 % des accouchements étaient réalisés dans un établissement de santé public, 7 % dans un établissement privé à but non lucratif et 29 % dans une clinique privée à but lucratif. Entre 2007 et 2017, le nombre d'accouchement ayant eu lieu dans ces dernières a baissé de 40 000 au profit des maternités publiques où se déroulent 68 % des accouchements en 2017.

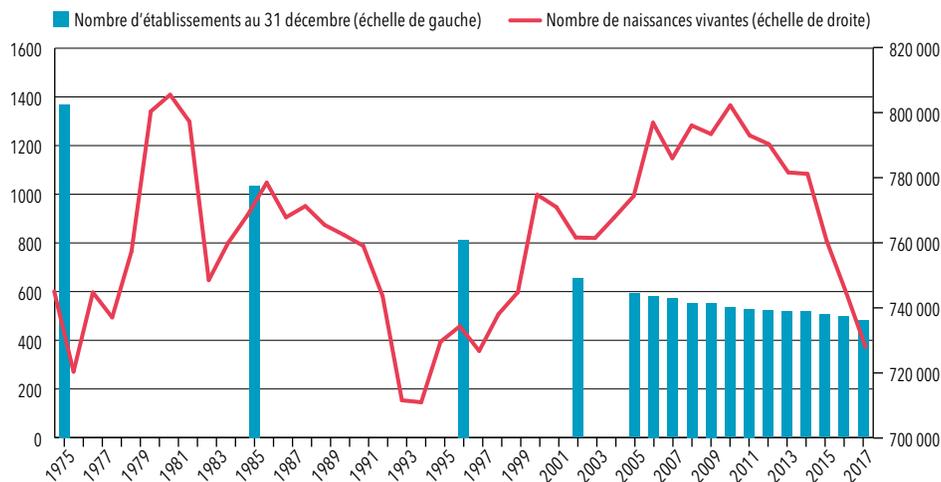
1. Les données disponibles pour les années les plus anciennes sont hors DROM et hors SSA.

2. Non compris les accouchements hors établissements suivis d'une hospitalisation en service obstétrique (environ 4 000 en 2017).

La taille des maternités augmente avec le type de spécialisation. Ainsi, en 2017, en France métropolitaine hors SSA, une maternité de type 1 pratique en moyenne 770 accouchements par an, une maternité de type 2, 1 640, et une maternité de type 3, 3 200. La restructuration des maternités conduit donc à des maternités plus spécialisées et plus grandes. En 2017, 37 % des maternités de France métropolitaine, hors SSA, accueillent au moins 1 500 accouchements dans l'année, contre 13 % en 1996 (*graphique 2*). Parallèlement, seulement 4 % des maternités prennent en charge moins de 300 accouchements dans l'année, alors que cette proportion était de 12 % en 1996. Ces maternités se situent majoritairement dans des départements

montagneux (Savoie, Haute-Savoie) ou ruraux (Ardèche, Ariège, Aveyron, Cantal, Corrèze). Les maternités disposant d'un service de néonatalogie ou de réanimation néonatale (types 2 ou 3), qui représentent 60 % des 502 maternités, sont presque exclusivement publiques ou privées à but non lucratif (78 % des maternités de type 2 et 100 % des maternités de type 3). Elles concentrent 75 % des lits et 79 % des accouchements. À titre de comparaison, en 1996, la part des accouchements réalisés dans les maternités métropolitaines de types 2 ou 3 (hors SSA) s'élevait à 43 % (*tableau 1*). Quant aux maternités de type 1, six sur dix sont publiques ou privées à but non lucratif en 2017, contre la moitié en 2002. ■

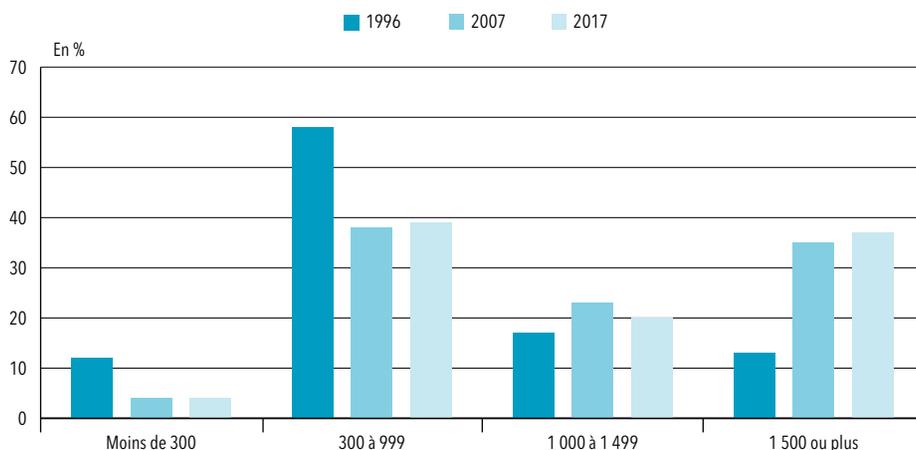
Graphique 1 Évolution du nombre des naissances vivantes et des maternités de 1975 à 2017



Champ > France métropolitaine hors SSA.

Sources > Insee, état civil : DREES, H74 et statistique des établissements hospitaliers privés pour 1975, EHP et H80 pour 1985, SAE 1996, 2002, 2005 à 2017, traitements DREES.

Graphique 2 Répartition des maternités selon leur nombre annuel d'accouchements en 1996, 2007 et 2017



Champ > France métropolitaine, hors SSA.

Sources > DREES, SAE 1996, 2007 et 2017, traitements DREES.

Tableau 1 Répartition des accouchements selon le type de la maternité d'accueil en 1996, 2007 et 2017

	Année	Niveaux de spécialisation			Total
		Type 1	Type 2	Type 3	
Nombre d'établissements au 31 décembre	1996	564	250		814
	2007	297	206	64	567
	2017	196	226	60	482
Nombre d'accouchements	1996	409 894	315 443		725 337
	2007	256 644	349 744	169 614	776 002
	2017	152 598	372 703	192 258	717 559
Part d'accouchements (en %)	1996	57	43		100
	2007	33	45	22	100
	2017	21	52	27	100

Note > En 1996, les définitions de niveau existaient déjà, sans être réglementaires (Ruffié A. *et al.*, 1998).

Champ > France métropolitaine, hors SSA.

Sources > DREES, SAE 1996, 2007 et 2017, traitements DREES.

Encadré Sources et méthodes

Champ

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

Sources

La statistique annuelle des établissements de santé (SAE) de la DREES 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 nombre de naissances vivantes provient des données Insee issues de l'état civil.

Définitions

- > **Maternités** : les établissements dénombrés ici sont des établissements géographiques disposant d'une autorisation d'obstétrique au 31 décembre 2017.
- > **Type de maternité** : les décrets Périnatalité du 9 octobre 1998 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. Trois types de maternité sont ainsi définis. Un établissement est dit de type 1 s'il possède un service d'obstétrique, de type 2 s'il a un service de néonatalogie sur le même site que le service d'obstétrique, de type 3 s'il dispose, sur le même site que le service d'obstétrique, d'un service de réanimation néonatale et d'un service de néonatalogie.
- > **Naissances** : en 1977, l'Organisation mondiale de la santé (OMS) définit un critère de viabilité, qui comptabilise les naissances après au moins 22 semaines d'aménorrhée, ou les enfants – ou fœtus – pesant au moins 500 grammes. En 2008, la notion d'enfant sans vie est redéfinie par le décret n° 2008-800 du 20 août 2008. Désormais, l'acte d'enfant sans vie est établi sur la base d'un certificat médical d'accouchement. Le nouveau dispositif n'est donc plus fondé sur le seuil de viabilité défini par l'OMS. Cependant, ce seuil conserve son caractère indispensable pour l'élaboration des statistiques sanitaires.

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.
- > **Baillot, A. et Evain F.** (2012, octobre). Les maternités : un temps d'accès stable malgré les fermetures. DREES, *Études et Résultats*, 814.
- > **Baubeau, D., Morais, S. et Ruffié, A.** (1999, juillet). Les maternités de 1975 à 1996. Un processus de restructuration sur longue période. DREES, *Études et Résultats*, 21.
- > **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. et Raynaud, P. (dir.)** (2017, octobre). Enquête nationale périnatale – Rapport 2016 Inserm-DREES. Les naissances et les établissements – Situation et évolution depuis 2010.
- > **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.
- > **Cour des comptes** (2014, décembre). Les maternités. Rapport.
- > **Fresson, J., Vanhaesebrouck, A. et Vilain, A.** (2017, octobre). Les maternités en 2016 – Premiers résultats de l'enquête nationale périnatale. DREES, *Études et Résultats*, 1031.
- > **Ruffié, A., Deville, A. et Baubeau, D.** (1998). État des lieux des structures obstétricales et néonatales en France. Elsevier Masson, *Journal de gynécologie, obstétrique et de biologie de la reproduction*, 27/2.