

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 %.

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

Les maternités de types 2 et 3 prennent en charge quatre accouchements sur cinq, bien qu'elles représentent moins de deux tiers des maternités (60 % au 31 décembre 2017). 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 (SAE) et du PMSI-MCO en 2017, 92 % des naissances multiples, 90 % des naissances d'enfants de moins de 2 500 grammes et 91 % des naissances prématurées ont lieu dans une maternité de type 2 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. Ainsi, en 2017, 1 100 femmes ont été transférées dans une maternité de type 2 et 2 000 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 et s'est établi à 20,1 % en 2017 (*graphique 2*). À titre de comparaison, en 2015, la France occupait le 10^e rang de l'ensemble des pays de l'Organisation de coopération et de développement économiques (OCDE) [hors Canada et Grèce]² pour son taux global de césariennes.

D'un type de maternité à un autre, le taux de césariennes est quasiment équivalent. Il est légèrement plus élevé pour les maternités de type 3 (20,7 %), qui concentrent davantage d'accouchements difficiles. Cela peut indiquer qu'à niveau de risque équivalent, les établissements de type 3 pratiquent moins souvent de césariennes.

Parmi ces accouchements par césarienne, 67 % sont réalisés en urgence (avant ou au cours du travail) et 33 % ont été programmés. Pour les seuls établissements privés à but lucratif, la proportion de césariennes programmées atteint 41 % (contre respectivement 30 % et 35 % pour les établissements publics et privés à but non lucratif).

Au total, 6,6 % de l'ensemble des accouchements pratiqués en 2017 sont des césariennes programmées. Si l'on se restreint aux seuls accouchements à terme³, ce ratio s'établit à 6,7 %⁴ et 9,1 % au sein des établissements privés à but lucratif.

Une augmentation des naissances multiples

Si la part des accouchements uniques est largement majoritaire (plus de 98 %), la proportion d'accouchements multiples a progressé lentement mais régulièrement entre 1997 et 2017. Alors qu'ils représentaient 1,4 % de l'ensemble des accouchements en 1997, leur part s'est établie à 1,7 % en 2017. Cette augmentation est liée au développement de la procréation médicalement assistée (PMA) et à l'augmentation de l'âge moyen de la maternité.

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. Avant la refonte de la SAE, les femmes transférées depuis une consultation externe étaient également comptabilisées.

2. En 2015, l'OCDE comptait 35 pays ; la France était au 10^e rang sur 33 pays (hors Canada et Grèce).

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

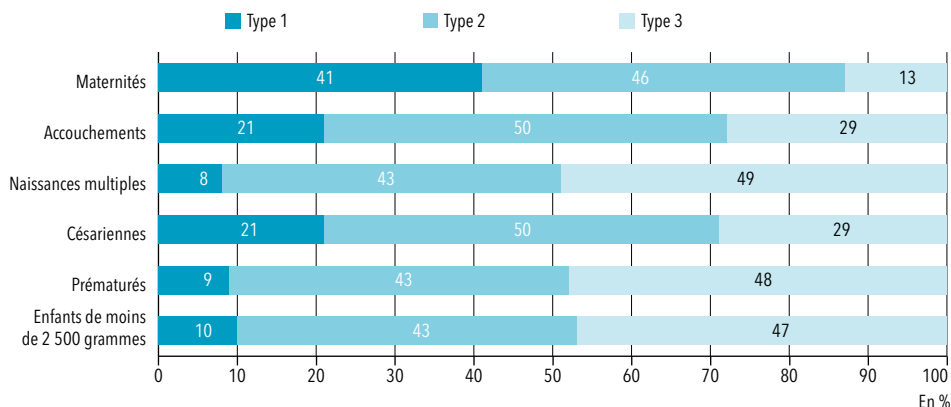
4. Ce ratio correspond au nombre de césariennes programmées à terme rapporté au nombre total des accouchements à terme.

Des séjours plus courts

En 2017, la durée moyenne d'un séjour pour accouchement est inférieure à 5 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 influence

grandement sur la durée du séjour. Ainsi, la durée moyenne d'un séjour pour un accouchement par césarienne, tous secteurs confondus, est de 6,3 jours en 2017, 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 1 jour (6,6 jours en 2017) à celle du secteur privé, à but lucratif ou non (5,6 jours). Pour les deux modes d'accouchement, les durées moyennes de séjour baissent depuis 2003. ■

Graphique 1 Caractéristiques de l'activité par type de maternité en 2017

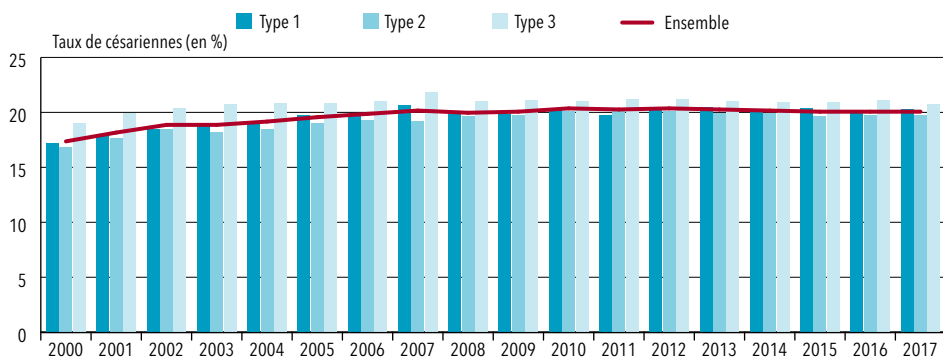


Note > Maternités ayant réalisé au moins un accouchement au cours de l'année 2017.

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 2017 ; ATI, PMSI-MCO 2017, traitements DREES.

Graphique 2 Évolution des taux de césariennes par type de maternité entre 2000 et 2017



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 2000-2017, traitements DREES.

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 privés à but non lucratif		Établissements privés à but lucratif		Ensemble des établissements	
	2003	2017	2003	2017	2003	2017	2003	2017
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	6,6	7,8	5,6	7,6	5,6	8,0	6,3
Ensemble des accouchements	5,5	4,7	5,5	4,4	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 2017), y compris le SSA.

Sources > ATIH, PMSI-MCO 2003 et 2017, 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.

Définitions

> **Maternités** : les établissements dénombrés ici sont des établissements géographiques disposant d'une autorisation d'obstétrique ayant réalisé au moins un accouchement au cours de l'année 2017, qu'elles soient ouvertes ou non au 31 décembre 2017.

> **Types de maternité** : les décrets de 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 et de type 3 s'il dispose, sur le même site que le service d'obstétrique, d'un service de néonatalogie et d'un service de réanimation néonatale.

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

Pour en savoir plus

- > **Arnault, S. et 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. et 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. et Raynaud, P. (dir.)** (2017, octobre). Enquête nationale périnatale – Rapport 2016 Inserm-DREES. Les naissances et les établissements – Situation et évolution depuis 2010.
- > **Coulm, B. et 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.
- > **Fourcade, N., von Lennep, F., Grémy, I. et Bourdillon, F. (dir.)** (2017, mai). *L'état de santé de la population en France. Rapport 2017*. Paris, France : DREES - Santé publique France.
- > **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.
- > **Organisation de coopération et de développement économiques (OCDE)** (2017, novembre). *Panorama de la santé 2017. Les indicateurs de l'OCDE*.
- > **Séjourné, N. et Callahan, S.** (2013, avril). Les motivations des femmes pour accoucher avec ou sans péridurale. Elsevier Masson, *Journal de gynécologie, obstétrique et biologie de la reproduction*, 42/2.