

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 plus des trois quarts des accouchements, bien qu'elles ne représentent qu'un peu plus de la moitié des maternités (57 % en 2016). Par ailleurs, elles accueillent la majorité des femmes et des nouveau-nés présentant le plus de risques. Selon les données de la SAE et du PMSI-MCO en 2016, 91 % des naissances multiples et près de 90 % des naissances d'enfants de moins de 2 500 grammes et 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 2016, 1 050 femmes ont été transférées dans une maternité de type 2 et 1 950 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'établit à 20,1 % en 2016 (*graphique 2*). À titre de comparaison, en 2015, la France occupait le 10^e rang de l'ensemble des pays de l'OCDE (hors Canada et Grèce) 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 (21,0 %), qui concentrent davantage d'accouchements difficiles. Cela peut indiquer qu'à niveau de risque équivalent, les établissements de type élevé pratiquent moins souvent de césariennes.

Parmi ces accouchements par césarienne, 68 % sont réalisés en urgence (avant ou au cours du travail) et 32 % ont été programmés. Pour les seuls établissements privés à but lucratif, la proportion de césariennes programmées atteint 40 % (contre respectivement 29 % et 35 % pour les établissements publics et privés à but non lucratif).

Au total, 6,5 % de l'ensemble des accouchements pratiqués en 2016 sont des césariennes programmées. Si l'on se restreint aux seuls accouchements à terme², ce ratio s'établit à 6,6 %³ (8,9 % 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 2016. Alors qu'ils représentaient 1,4 % de l'ensemble des accouchements en 1997, leur part s'établit à 1,7 % en 2016. Cette augmentation est liée au développement de la

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

3. Ce ratio correspond au nombre de césariennes programmées à terme rapporté au nombre total des accouchements à terme. En 2015, il s'établissait à 6,8 % (9,3 % pour les établissements privés à but lucratif). Le chiffre de 6,3 % en 2015, communiqué dans l'édition 2017 de cet ouvrage, était calculé suivant une méthode un peu différente, rapportant les césariennes programmées à terme au nombre total d'accouchements, à terme ou non.

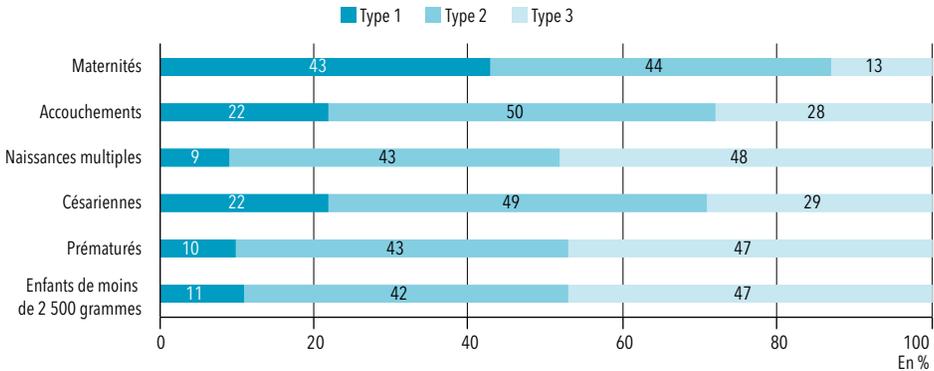
procréation médicalement assistée (PMA) et à l'augmentation de l'âge moyen de la maternité.

Des séjours plus courts

En 2016, 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 influe grandement sur la durée du séjour. Ainsi, la durée moyenne d'un séjour pour un accouchement par césarienne, tous secteurs confondus, est de 6,4 jours en 2016, 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 près de 1 jour (6,7 jours en 2016) à celle du secteur privé non lucratif (5,7 jours) ou du secteur privé lucratif (5,8 jours). Pour les deux modes d'accouchement, les durées moyennes de séjour baissent depuis 2003. ■

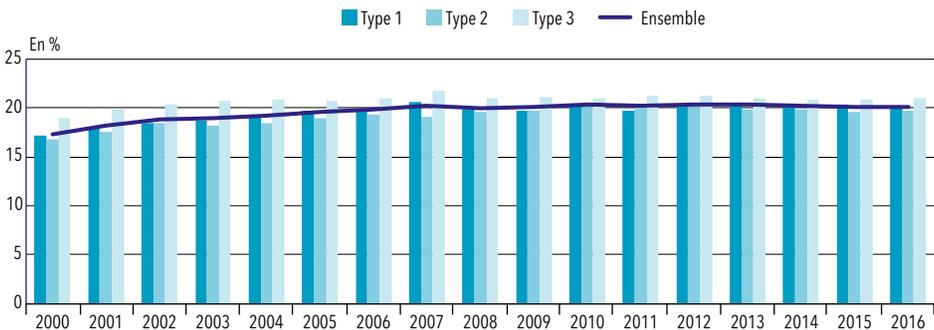
Graphique 1 Caractéristiques de l'activité par type de maternité en 2016



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

Sources : DREES, SAE 2016 ; ATIH, PMSI-MCO 2016, traitements DREES.

Graphique 2 Évolution des taux de césariennes par type de maternité entre 2000 et 2016



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

Sources : DREES, SAE 2000-2016, 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	2016	2003	2016	2003	2016	2003	2016
Accouchements par voie basse	4,9	4,3	4,9	4,1	5,0	4,1	4,9	4,2
Accouchements par césarienne	8,3	6,7	7,8	5,7	7,6	5,8	8,0	6,4
Ensemble des accouchements	5,5	4,7	5,5	4,4	5,5	4,5	5,5	4,6

Champ > Accouchements en France métropolitaine et dans les DROM (y compris Saint-Martin, Saint-Barthélemy et Mayotte en 2016), y compris le SSA.

Sources > ATIH, PMSI-MCO 2003 et 2016, traitements DREES.

Encadré Sources et méthodes

Champ

Maternités de France métropolitaine et des DROM (y compris 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 DGOS et l'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.

> **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., Exertier, A.** (2010). Les maternités : plus de trente ans d'évolution. Dans Chaleix, M., Exertier, A. et Minodier, C. (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 – Rapport 2016 Inserm-DREES. Les naissances et les établissements – Situation et évolution depuis 2010.
- > **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.
- > **Fourcade, N., Lennep (von), F., Grémy, I., Bourdillon, F.** (dir.) (2017, mai). *L'état de santé de la population en France*. Rapport 2017. Paris, France : DREES et Santé publique France.
- > **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)** (2017, novembre). *Panorama de la santé 2017. Les indicateurs de l'OCDE*.
- > **Séjourné, N., 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.