

Depuis plusieurs années, les conditions de prise en charge des naissances évoluent avec, notamment, 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 (56 % en 2015). Par ailleurs, elles reçoivent la majorité des femmes et des nouveau-nés présentant le plus de risques. Selon les données de la SAE et du PMSI-MCO en 2015, 90 % 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 2015, 1 100 femmes ont été transférées dans une maternité de type 2 et 1 900 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. Il est passé de 17,4 % en 2000 à 20,2 % en 2007. Depuis, il s'est stabilisé et s'établit à 20,1 % en 2015 (graphique 2). À titre de comparaison, en 2013, la France était au 10^e rang de l'ensemble des pays de l'OCDE pour son taux global de césariennes.

Le taux de césarienne est quasiment équivalent d'un type de maternité à un autre. Il est très légèrement plus élevé pour les maternités de type 3 (20,9 %),

ce qui signifie qu'à niveau de risque équivalent, les établissements de type élevé, qui regroupent davantage d'accouchements difficiles, pratiquent moins souvent les 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 42 % (contre respectivement 30 % et 35 % pour les établissements publics et privés à but non lucratif).

Au total, 6,7 % de l'ensemble des accouchements pratiqués en 2015 sont des césariennes programmées. Si l'on se restreint aux seuls accouchements à terme², ce ratio s'établit à 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 (98 %), la proportion d'accouchements multiples a progressé lentement mais régulièrement entre 1997 et 2015. Alors qu'ils représentaient 1,4 % de l'ensemble des accouchements en 1997, leur part s'établit à 1,8 % en 2015. Cette augmentation est en lien avec le développement de la procréation médicalement assistée et l'augmentation de l'âge moyen à la maternité.

Des séjours plus courts

En 2015, la durée moyenne d'un séjour pour accouchement est inférieure à cinq jours, soit une baisse de près d'une journée par rapport à 2003 (tableau). Cette

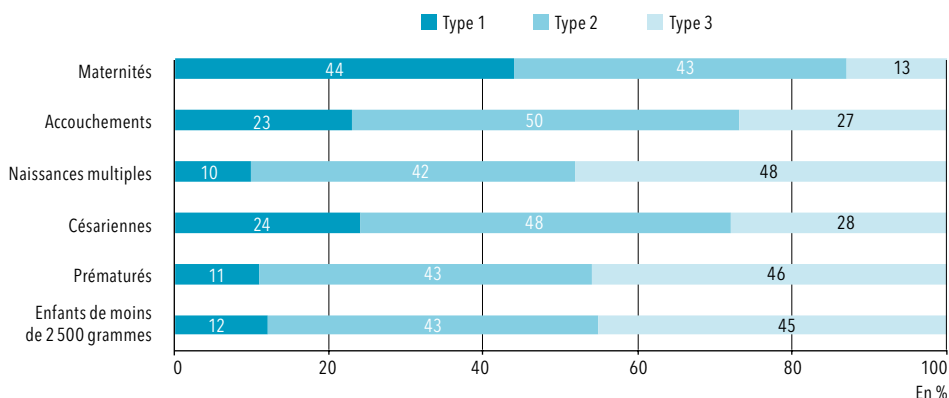
1. Il s'agit du nombre de femmes transférées pour accouchement dans le cadre d'une hospitalisation dans un autre établissement MCO. Depuis la refonte de la SAE en 2013, ce nombre est calculé à l'aide du PMSI-MCO. Avant la refonte de la SAE, les femmes transférées depuis une consultation externe étaient également comptabilisées.

2. Un accouchement est dit à terme lorsqu'il intervient à 37 semaines d'aménorrhées ou plus.

diminution concerne aussi bien le secteur public que le secteur privé et, sur l'ensemble des accouchements, il n'y a pas de différence marquante 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

6,5 jours en 2015, contre seulement 4,3 jours pour un accouchement par voie basse. La durée moyenne d'un séjour pour accouchement par césarienne est également supérieure de près de 1 jour dans le secteur public (6,8 jours en 2015) par rapport au secteur privé (5,9 jours). Pour les deux modes d'accouchement, les durées moyennes de séjour baissent depuis 2003. ■

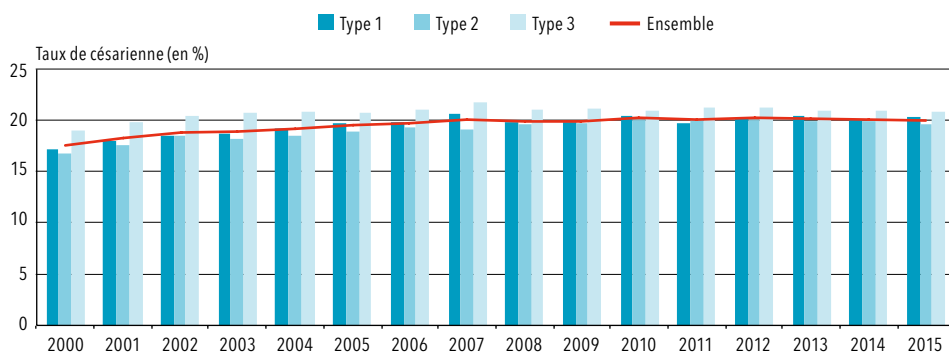
Graphique 1 Caractéristiques de l'activité par type de maternité en 2015



Champ > Ensemble des naissances en France métropolitaine et DROM (y compris Mayotte), y compris le SSA.

Sources > DREES, SAE 2015 ; ATIH, PMSI-MCO 2015, traitements DREES.

Graphique 2 Évolution des taux de césariennes par type de maternité



Champ > Ensemble des naissances en France métropolitaine et DROM (y compris Mayotte), y compris le SSA.

Sources > DREES, SAE 2000-2015, traitements DREES.

Tableau 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	2015	2003	2015	2003	2015	2003	2015
Accouchements par voie basse	4,9	4,3	4,9	4,1	5,0	4,1	4,9	4,3
Accouchements par césarienne	8,3	6,8	7,8	5,8	7,6	5,9	8,0	6,5
Ensemble des accouchements	5,5	4,8	5,5	4,5	5,5	4,5	5,5	4,7

Champ > Accouchements en France métropolitaine et DROM (y compris Mayotte), y compris le SSA.

Sources > ATIH, PMSI-MCO 2003 et 2015, traitements DREES.

Champ

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

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 30 ans d'évolution », *Les Établissements de santé. Un panorama pour l'année 2007*, DREES, août.
- Baubeau D., Buisson G., 2003, « La pratique des césariennes : évolution et variabilité entre 1998 et 2001 », *Études et Résultats*, DREES, n° 275, décembre.

- Coulm B., Blondel B., 2013, « Durée de séjour en maternité après un accouchement par voie basse en France », *Journal de gynécologie obstétrique et biologie de la reproduction*, vol. 42, n° 1, février.
- Séjourné N., Callahan S., 2013, « Les motivations des femmes pour accoucher avec ou sans péridurale », *Journal de gynécologie obstétrique et biologie de la reproduction*, vol. 42, n° 2, avril.
- Vilain A., 2011, « Les maternités en 2010. Premiers résultats de l'Enquête nationale périnatale », *Études et Résultats*, DREES, n° 776, octobre.
- Vilain A., 2011, « La situation périnatale en France en 2010. Premiers résultats de l'Enquête nationale périnatale », *Études et Résultats*, DREES, n° 775, octobre.
- *L'État de santé de la population en France - Rapport 2017*, 2017, DREES, Santé publique France, mai.
- *Panorama de la santé 2015. Les indicateurs de l'OCDE*, 2015, OCDE, novembre.

Sources

La statistique annuelle des établissements (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.