

DATA
FHP-MCO

MATERNITÉ ÉTAT DES LIEUX DE L'ACTIVITÉ OBSTÉTRIQUE

2008-2023

FHP
MCO
MÉDECINE CHIRURGIE OBSTÉTRIQUE

UNE PUBLICATION
DE LA FHP-MCO
JUN 2024

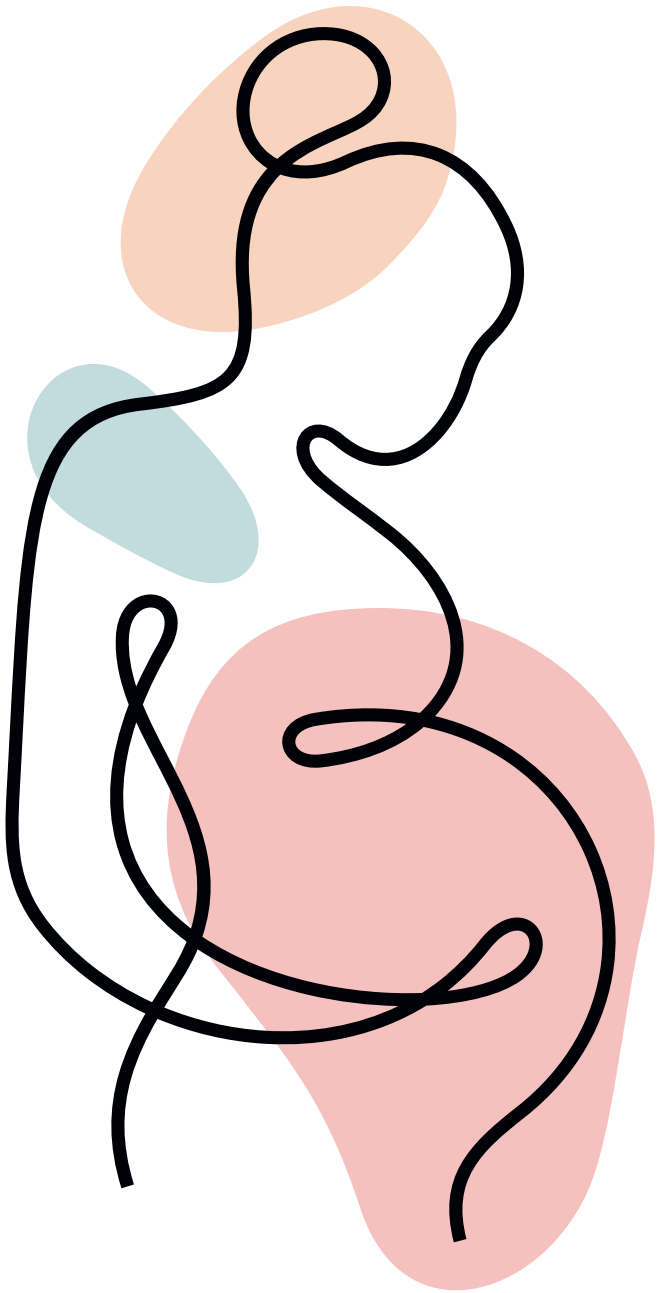
N°9

ÉTAT DES LIEUX DE L'ACTIVITÉ D'OBSTÉTRIQUE 2008-2023

Matériels	4
Méthode	5
Résultats	7
Décrire l'activité obstétricale et identifier les grandes tendances en termes d'évolution globale	7
Évolution des parts de marché des secteurs privé et public, et évolution de l'offre de soins	16
L'activité des maternités par type d'autorisation	24
Analyse médicale	34
Évolution de quelques techniques particulières en rapport avec l'activité obstétricale	61
Conclusion	72



→ Télécharger
l'ensemble des
données présentées
dans ce recueil



ÉTAT DES LIEUX DE L'ACTIVITÉ D'OBSTÉTRIQUE 2008-2023

Dans un contexte général de réduction à la fois de la natalité et de l'offre de soins obstétricaux, il a paru utile de faire un point de situation sur l'activité des maternités en 2023.

La présente étude se fixe pour objectifs de décrire les évolutions récentes de l'activité des maternités en France et en particulier :

- décrire l'activité obstétricale et identifier les grandes tendances en termes d'évolution globale ;
- quantifier l'évolution des parts de marché des deux grands secteurs (public ex-DGF et privé ex-OQN) ;
- quantifier l'offre de soins en général, nationalement et par région ;
- décrire l'activité des établissements d'obstétrique par type d'autorisation ;
- décrire les principales caractéristiques médicales des parturientes et des nouveau-nés, et l'évolution de la mortalité maternelle et infantile ;
- décrire l'évolution de quelques techniques particulières liées à l'obstétrique (anesthésie péridurale, épisiotomie, etc.).

MATÉRIELS

- Bases PMSI MCO nationales (public/privé).
- Dénombrement des séjours classés dans les GHM (V10c/V11) suivants, de 2008 à 2023 :
 - **Accouchements par voie basse (AVB)** : 14C03A, 14C03B, 14C03C, 14C03D, 14Z09Z, 14Z10A, 14Z10B, 14Z10T, 14Z11A, 14Z11B, 14Z12A, 14Z12B, 14Z13A, 14Z13B, 14Z13C, 14Z13D, 14Z13T, 14Z14A, 14Z14B, 14Z14C, 14Z14D, 14Z14T.
 - **Césariennes** : 14C06A, 14C06B, 14C06C, 14C06D, 14C07A, 14C07B, 14C07C, 14C07D, 14C08A, 14C08B, 14C08C, 14C08D.
 - **Naissances** : Toutes les racines de GHM « médicaux » de la CM15, c'est-à-dire de 15M02 à 15Z10. Les GHM chirurgicaux de cette CM n'ont pas été pris en compte parce qu'ils décrivent des séjours de prise en charge de pathologies congénitales chirurgicales, en dehors des services d'obstétrique.
 - **Décès maternels** : CMD14 et mode de sortie en 9.
 - **Décès néonataux** : CMD15 et mode de sortie en 9.
- Base « Actes CCAM » de 2006 à 2022 (la base 2023 n'étant pas encore clôturée en mars 2024).
- Bases SAE nationales 2022.

À noter que la classification PMSI d'obstétrique a été modifiée à partir de l'année 2012 lors du passage de la V11c à la version V11d, avec la création de racines de GHM plus précises.

MÉTHODE

RECENSEMENT ET ANALYSE DES DONNÉES PMSI, SAE ET CCAM

Précautions méthodologiques

1. Le PMSI décrit la totalité des séjours s'étant déroulés dans un établissement de santé, sans distinguer, au niveau où sont réalisés les recensements, le service hospitalier (médecine, chirurgie ou obstétrique). C'est la classification en GHM qui permet d'identifier le caractère obstétrical de la prise en charge.

Par exemple : il est extrêmement rare qu'un accouchement survienne dans un établissement ne disposant pas d'autorisation d'obstétrique, mais une interruption de grossesse (volontaire ou médicale) ou une grossesse ectopique peut parfaitement être prise en charge dans un établissement de chirurgie, sans maternité. C'est uniquement grâce au groupage du séjour dans un GHM d'obstétrique de la classification PMSI, que l'on pourra caractériser le séjour.

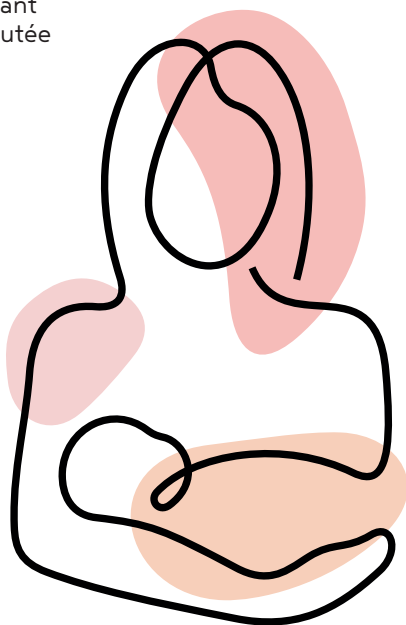
À l'inverse l'enregistrement dans la statistique annuelle des établissements de santé (SAE) valorise toute l'activité enregistrée au sein du service autorisé en obstétrique, même s'il s'agit de menace d'avortement ou d'affection du pré ou post-partum. Ainsi, les chiffres issus du PMSI ne sont pas superposables à ceux de la SAE. Pourtant le recours aux données SAE est utile pour caractériser le type de maternité (type 1, 2 ou 3) selon les critères de classement des autorisations de 1998.

Enfin, les données SAE sont uniquement déclaratives, et si celles du PMSI le sont également, elles servent néanmoins à la valorisation de l'activité et au financement de l'établissement. On peut donc espérer de ces dernières une meilleure exhaustivité.

2. Le « secteur » : le choix a été fait de distinguer les établissements par type de financement : ex-DGF (anciennement sous dotation globale de financement : établissements publics ou ESPIC) ou ex-OQN (anciennement sous objectif quantifié national : établissements de santé privés, lucratifs ou non).

3. L'accès aux bases de données nationales (PMSI, SAE) étant limité à 10 ans, l'essentiel des travaux portent sur la période 2013-2022 (pour la base SAE) et 2014-2022 (pour la base PMSI). Néanmoins, dans certains cas, nous disposons de résultats de travaux antérieurs ayant utilisé des données archivées par nos soins et qu'il a été possible d'agréger aux données traitées pour cette étude. Dans ces cas, il s'agit uniquement de résultats de traitement de données et jamais de données brutes.

D'autre part, et pour tenir compte de l'évolution très importante apparue entre 2022 et 2023, nous avons utilisé les données enregistrées dans la base PMSI MCO nationale 2023, à la date du 1^{er} mars 2024, en considérant qu'à cette date, l'exhaustivité était réputée atteinte, même si la base n'était pas officiellement clôturée par l'ATIH. Les données relatives à la progression, ou plus exactement à la régression de l'activité entre 2022 et 2023, sont donc communiquées **sous réserve de confirmation par l'ATIH**.



RÉSULTATS

DÉCRIRE L'ACTIVITÉ OBSTÉTRICALE ET IDENTIFIER LES GRANDES TENDANCES EN TERMES D'ÉVOLUTION GLOBALE

ÉVOLUTION DU NOMBRE TOTAL DE SÉJOURS POUR ACCOUCHEMENT PAR VOIE BASSE ET CÉSARIENNE

FIGURE 1. Évolution du nombre de séjours pour accouchement par voie basse et césarienne de 2008 à 2023

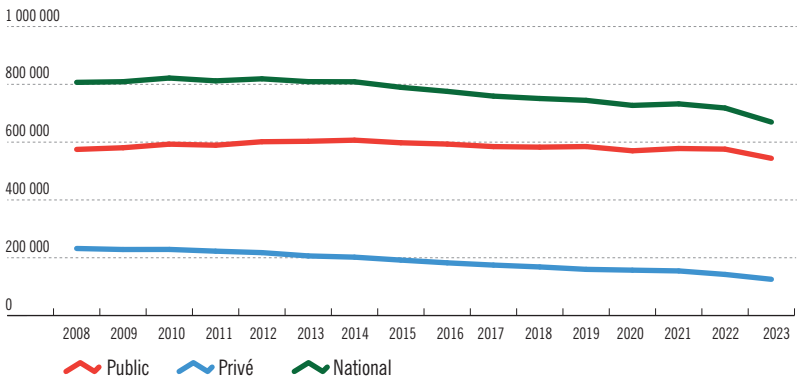


FIGURE 2. Évolution du nombre de séjours pour accouchement par voie basse et césarienne de 2008 à 2023 en pourcentages

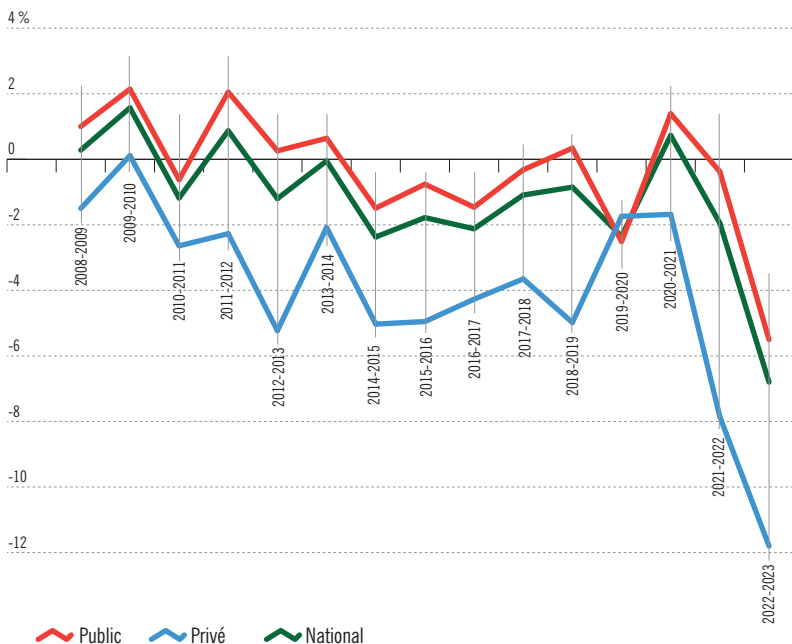
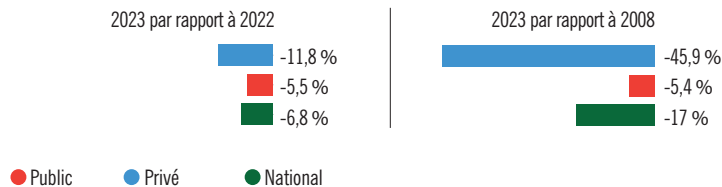


FIGURE 3. Évolution du nombre de séjours pour accouchement par voie basse et césarienne de 2008 à 2023 en pourcentages



Le taux national enregistre une baisse de 17 % sur les 16 ans, surtout marquée depuis 2011, avec un **décrochage spectaculaire entre 2022 et 2023** de 6,8 % en 1 an. Cette baisse est surtout portée par le secteur privé, qui a perdu en 16 ans près de 46 % de son activité obstétricale.

ÉVOLUTION DÉTAILLÉE PAR TYPE D'ACCOUCHEMENT : VOIE BASSE OU CÉSARIENNE

Accouchements par voie basse

FIGURE 4. Évolution du nombre de séjours pour accouchement par voie basse

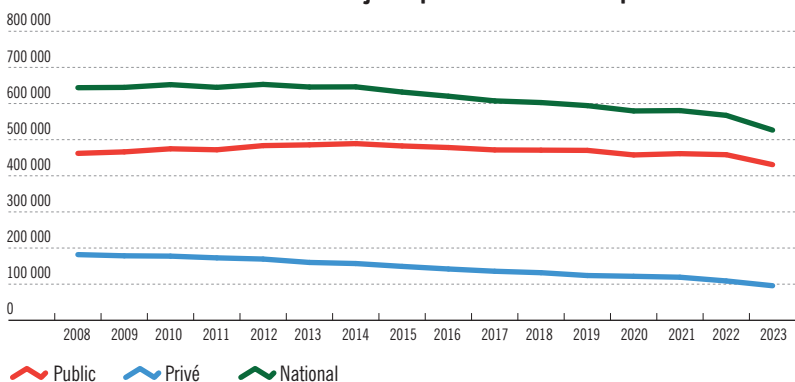


FIGURE 5. Évolution du nombre de séjours pour accouchement par voie basse en pourcentages

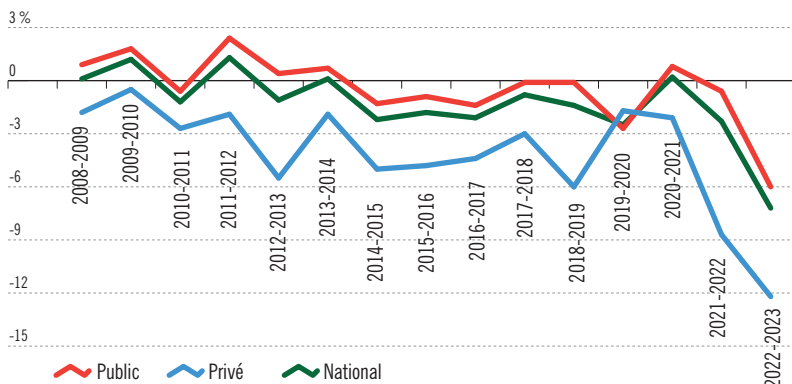
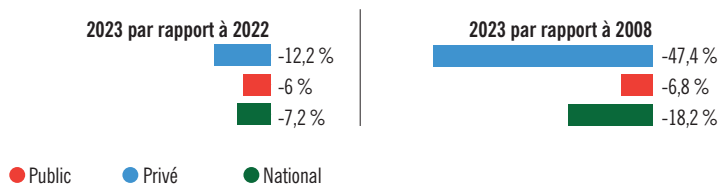


FIGURE 6. Évolution du nombre de séjours pour accouchement par voie basse en pourcentages



Accouchements par césarienne

FIGURE 7. Évolution du nombre de séjours pour accouchement par césarienne

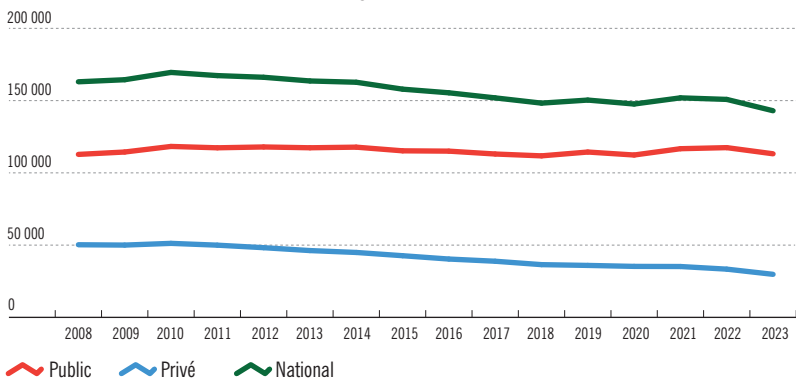


FIGURE 8. Évolution du nombre de séjours pour accouchement par césarienne en pourcentages

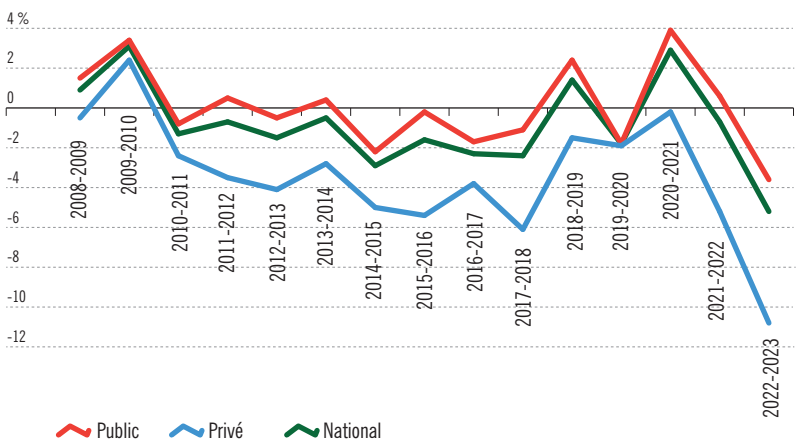
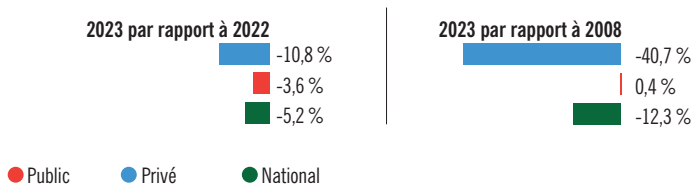


FIGURE 9. Évolution du nombre de séjours pour accouchement par césarienne en pourcentages

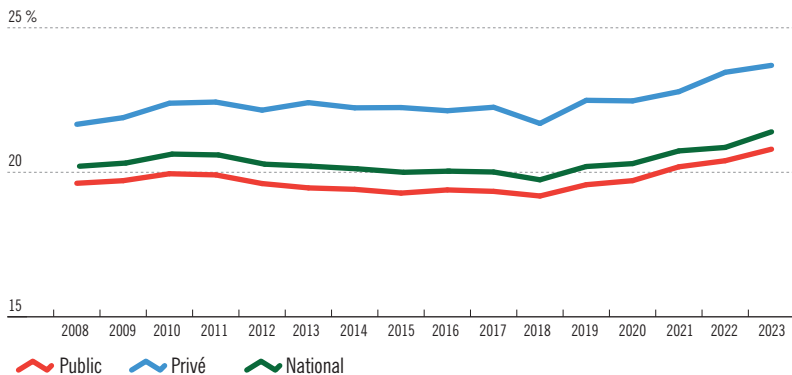


La diminution nationale de l'activité d'obstétrique est donc plus importante sur les accouchements par voie basse que sur les césariennes : -18 % contre -12 %.

Cette baisse d'activité a été majeure en secteur privé qui a perdu 47 % de son activité sur les accouchements par voie basse en 16 ans, alors que le secteur public maintenait globalement son activité sur les accouchements par voie basse et progressait même très légèrement sur les césariennes.

Taux de césarienne

FIGURE 10. Évolution du taux de césariennes en pourcentages



Le taux de césariennes augmente mécaniquement, dans les deux secteurs. Le différentiel « historique » entre public et privé, très longtemps resté voisin de 2 %, a tendance à se creuser un peu plus pour atteindre 3 % ces deux dernières années.

Ce taux de césarienne par établissement évolue également en fonction du type de la maternité, selon la distribution suivante :

	Public	Privé	Total
Maternité de type 1	18,8 %	23,3 %	20,6 %
Maternité de type 2	20,1 %	23,8 %	20,9 %
Maternité de type 3	22,3 %	Sans objet	22,3 %

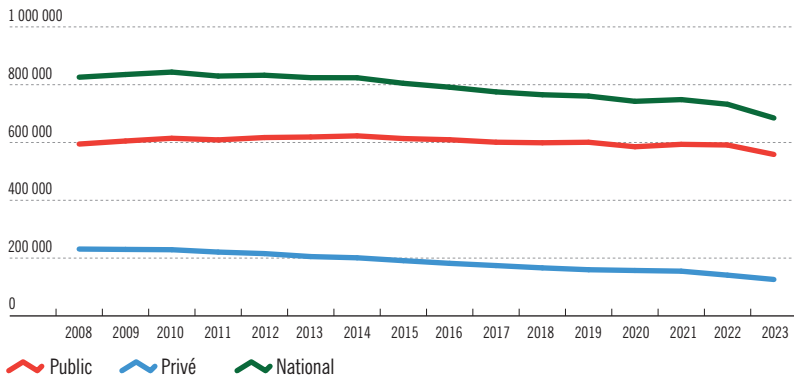
On rappelle que le taux de césariennes des pays de l'OCDE est en croissance régulière et atteignait 28 % pour l'ensemble des pays de l'OCDE en 2017. À cette date, la France avait un taux de césarienne inférieur à celui de 25 autres pays.

ÉVOLUTION DU NOMBRE DE NAISSANCES

On fait le choix de ne recenser que le nombre de naissances vivantes proprement dites (séjours groupés dans les GHM 15M05* à 15M14* dans la classification PMSI, exclusion faite des mort-nés, transferts et décès précoces ou tardifs de nouveau-nés), afin de ne pas risquer d'enregistrer de doublons (un même nouveau-né risquant d'être comptabilisé deux fois en cas de transfert), même si ce choix induit nécessairement une divergence avec le nombre d'accouchements, qui inclut les accouchements d'enfants mort-nés ou de décès immédiat du nouveau-né, et qui ne précise pas la naissance de jumeaux ou de triplés, voire plus¹.

¹ Il existe bien des GHM d'accouchement « multiple » ou césarienne pour grossesse « multiple », mais ils ne permettent pas de comptabiliser le nombre d'enfants (2 ou plus à chaque fois...).

FIGURE 11. Évolution du nombre de naissances de nouveau-nés vivants



La diminution du nombre de naissances sur la période de 16 ans correspond bien à la diminution du nombre total d'accouchements (voie basse + césarienne) : -18 % et -12 %. Ces mêmes chiffres confirment également la diminution d'activité du secteur privé ex-OQN (-45,5 %) et la faible diminution d'activité du secteur public (-6 %).

FIGURE 12. Évolution du nombre de naissances en pourcentages

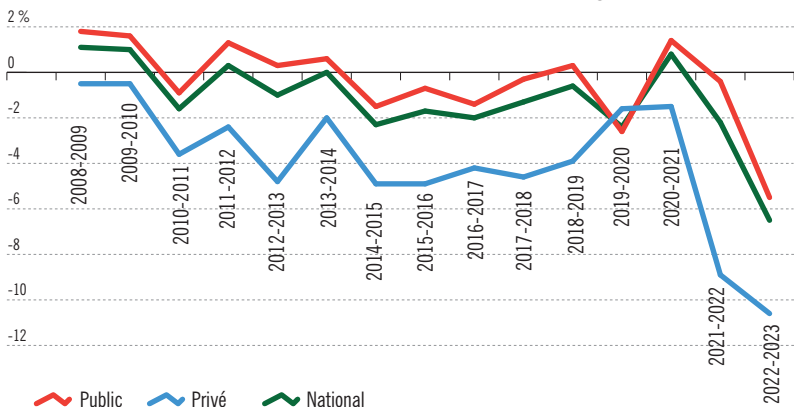
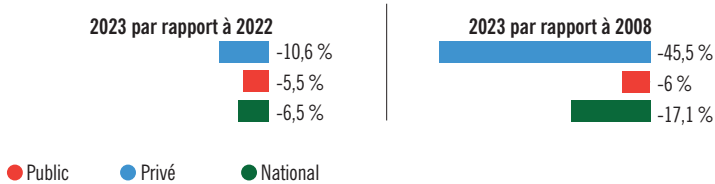
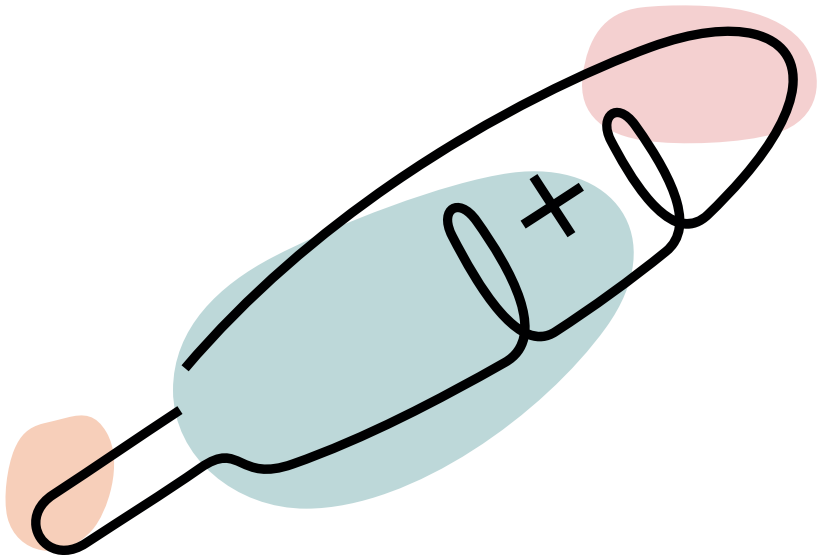


FIGURE 13. **Évolution du nombre de naissances en pourcentages**



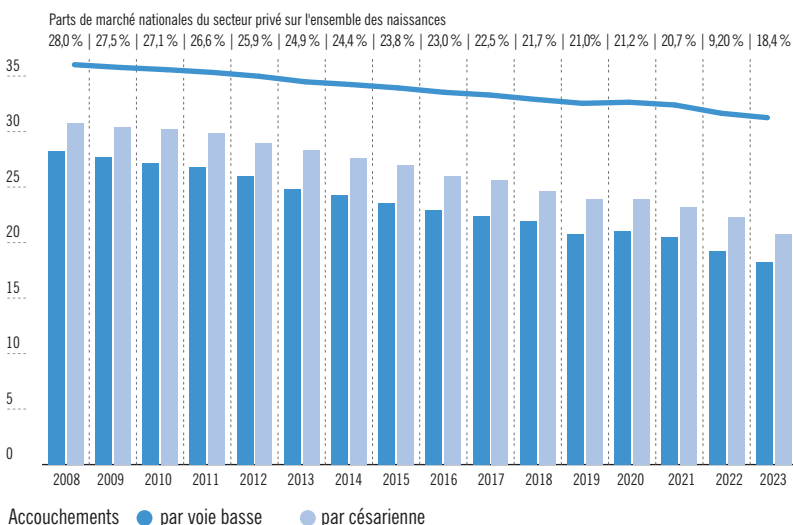
- Ces valeurs, en chiffres et en pourcentages, confirment 3 points :
- la très forte baisse de la natalité nationale au cours des 16 dernières années : -17 %, surtout marquée depuis 2011, et avec un décrochage spectaculaire en 2023 ;
 - une baisse de la natalité surtout ressentie par le secteur privé, pour lequel la diminution est majeure : -46 % ;
 - une compensation par le secteur public de l'impact du recul de la natalité par le transfert d'une partie de l'activité du privé qu'il a absorbée. De ce fait, l'activité globale du secteur public affiche une faible diminution : -6 %.



ÉVOLUTION DES PARTS DE MARCHÉ DES SECTEURS PRIVÉ ET PUBLIC, ET ÉVOLUTION DE L'OFFRE DE SOINS

ÉVOLUTION DES PARTS DE MARCHÉ NATIONALES DU SECTEUR PRIVÉ

FIGURE 14. Parts de marché nationales du secteur privé par type d'accouchement



Ces chiffres illustrent les observations précédentes :

- la baisse globale de la natalité enregistrée France entière, observée surtout depuis 2011 et très fortement aggravée en 2023 ;
- la chute d'activité, essentiellement en secteur privé ex-OQN, le secteur public ex-DGF étant beaucoup moins affecté sur la totalité de la période ;
- l'effondrement de la part de marché du secteur privé ex-OQN, perdant 10 % sur les 16 ans.

PARTS DE MARCHÉ PAR RÉGION, SUR L'ANNÉE 2022

TABLEAU 1. Parts de marché régionales par type d'accouchement, en 2022

	Secteur public			Secteur privé			Parts de marché du secteur privé			Nombre d'établissements	
	Voie basse	Césarienne	Naissances	Voie basse	Césarienne	Naissances	Voie basse	Césarienne	Naissances	Public	Privé
Auvergne Rhône-Alpes	53 625	13 524	71 881	12 452	3 731	16 860	18,8 %	21,6 %	19,0 %	42	13
Bourgogne Franche-Comté	18 424	3 541	23 092	1 804	485	2 360	8,9 %	12,0 %	9,3 %	17	2
Bretagne	20 647	4 979	27 535	4 502	1 087	5 760	17,9 %	17,9 %	17,3 %	18	4
Centre Val-de-Loire	15 258	3 856	20 380	3 380	985	4 522	18,1 %	20,3 %	18,2 %	13	5
Corse	1 613	476	2 162	399	189	592	19,8 %	28,4 %	21,5 %	2	2
Grand Est	32 925	8 869	44 605	6 798	2 149	9 212	17,1 %	19,5 %	17,1 %	31	6
Guadeloupe	2 868	797	3 939	806	134	941	21,9 %	14,4 %	19,3 %	3	1
Guyane	6 186	1 500	7 944							3	
Hauts-de-France	41 306	10 447	55 112	7 834	2 462	10 442	15,9 %	19,1 %	15,9 %	35	10
Île-de-France	103 203	29 778	141 325	21 857	8 168	30 926	17,5 %	21,5 %	18,0 %	36	26
La Réunion	7 648	2 019	10 220	2 818	678	3 603	26,9 %	25,1 %	26,1 %	3	3
Martinique	2 072	513	2 737	692	171	869	25,0 %	25,0 %	24,1 %	1	1
Mayotte	9 112	1 495	10 812							1	
Normandie	22 247	5 399	29 157	3 698	1 041	4 805	14,3 %	16,2 %	14,1 %	19	3
Nouvelle-Aquitaine	34 225	8 400	45 012	8 479	2 153	10 855	19,9 %	20,4 %	19,4 %	33	9
Occitanie	26 263	7 237	35 882	17 165	4 613	22 489	39,5 %	38,9 %	38,5 %	26	14
Pays-de-la-Loire	23 174	5 462	30 494	7 522	2 175	10 131	24,5 %	28,5 %	24,9 %	17	6
Provence Alpes-Côte-d'Azur	34 588	9 158	46 487	8 230	3 153	9 199	19,2 %	25,6 %	16,5 %	27	7
TOM (St Pierre et Miquelon)	26	12	40							1	
Totaux	455 410	117 462	608 816	108 436	33 374	143 566	19,2 %	22,1 %	19,1 %	327	112

En 2021, une étude précédente avait mis en évidence l'absence totale de maternité privée dans 40 départements. Pour ce qui est des régions, en 2022, il n'y a aucune maternité privée en activité en Guyane, à Mayotte et à St-Pierre-et-Miquelon.

La seule région dans laquelle le secteur privé occupe une place importante est l'Occitanie (avec environ 39 % des naissances). Par ailleurs, la part de marché régionale du secteur privé est supérieure à sa part de marché nationale (18,4 % en 2023) dans 4 régions : Corse, La Réunion, Martinique et Pays-de-la Loire. Mais il s'agit de régions à relativement faible démographie et 3 d'entre elles sont des îles.

ÉVOLUTION DE L'OFFRE DE SOINS : LE NOMBRE D'ÉTABLISSEMENTS

Évolution du nombre de maternités

On ne retient que les établissements ayant enregistré au moins 30 accouchements par voie basse dans l'année.

	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015
Nb de maternités privées	176	178	168	160	158	152	150	150
Évolution en %		1,10 %	-5,62 %	-4,76 %	-1,25 %	-3,80 %	-1,32 %	0,00 %
Nb de maternités publiques						355	357	353
Évolution en %							0,56 %	-1,12 %
	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022	2023
Nb de maternités privées	143	140	133	125	123	119	112	107
Évolution en %	-4,67 %	-2,10 %	-5,00 %	-6,02 %	-1,60 %	-3,25 %	-5,88 %	-4,5 %
Nb de maternités publiques	352	340	337	335	331	329	330	329
Évolution en %	-0,28 %	-3,41 %	-0,88 %	-0,59 %	-1,19 %	-0,60 %	0,30 %	-0,30 %

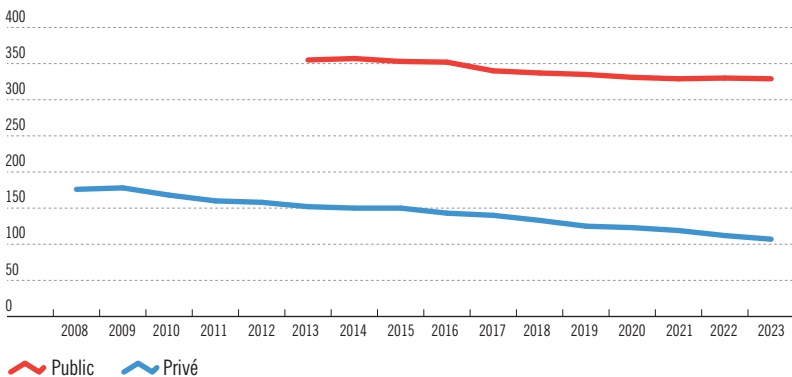
FIGURE 15. **Évolution du nombre de maternités entre 2013 et 2022**



Nous disposons de résultats de travaux anciens pour connaître le nombre de maternités du secteur privé avant 2013. Les règles relatives à la sécurité des données informatiques ne nous ont pas permis de recenser le nombre de maternités du secteur public avant 2013 dans la SAE. Si le nombre de maternités privées a chuté de 26,3 % entre 2013 et 2022, (et même de 36 % si on compare à 2008), cette diminution n'a été que de 7 % pour les maternités du secteur public, sur les 10 dernières années.

La comparaison établissement par établissement entre 2022 et 2023 montre que 7 cliniques privées pour lesquelles une activité très faible était enregistrée en 2022, n'ont enregistré aucune activité obstétricale en 2023, ce qui laisse penser qu'elles ont définitivement arrêté d'exercer cette discipline. Il en est de même pour 1 centre hospitalier dont le service d'obstétrique n'avait enregistré que 157 accouchements en 2022, et qui a été transformé en centre périnatal de proximité.

FIGURE 16. **Évolution du nombre de maternités**



On a cherché à analyser la « disparition » de 75 maternités entre 2014 et 2022.

44 entités juridiques privées ont disparu :

- 34 maternités ayant enregistré un très petit volume d'activité en 2014 (489 naissances en moyenne par établissement) ont été fermées. Nous n'avons pas d'information sur la réorientation des patientèles ;
- les 10 autres maternités ont fait l'objet de fusions ou de regroupements pour constituer des entités de plus gros volume d'activité, permettant d'assurer une meilleure qualité et sécurité des soins.

31 maternités étaient des établissements de santé publics :

- 19 étaient des structures publiques ou ESPIC ayant enregistré moins de 500 naissances en 2014, et en moyenne 353 naissances. Elles ont été remplacées par des CPNP (Centres périnataux de proximité) et leur patientèle a été transférée vers les établissements les plus proches ;
- 12 ont donné lieu à des regroupements permettant la création d'entités plus importantes

De plus, la répartition géographique des maternités fermées entraîne une offre de soins fortement remise en cause : un bilan réalisé sur les données 2021 montrait que 40 départements n'avaient pas de maternité privée. Au cours de l'année 2022, ce sont 3 autres départements pour lesquels les maternités privées, déjà identifiées en état de fragilité, ont cessé leur activité (Deux-Sèvres, Vosges, et Guyane). Toujours en 2022, 10 départements ne disposent que d'une seule maternité publique, dont au moins 2 sont en situation de très grande fragilité (moins de 500 accouchements annuels : Creuse et Lozère).

La question de l'accès aux soins : l'éloignement

Pour cette étude, nous ne disposons pas du moyen d'évaluer précisément l'éloignement géographique de la maternité par rapport au domicile de la parturiente et donc le temps de transport. Néanmoins, nous avons tenté une approche rudimentaire de cette distance en se fondant sur deux « indicateurs approximatifs ».

Premier indicateur : en comparant le département d'implantation de la maternité, identifié par son numéro FINESS, au département de résidence de la parturiente, tel qu'il apparaît dans le codage du code géographique renseigné dans le résumé standardisé de sortie du PMSI. Évidemment, cette approche est totalement dépendante des « effets frontières » en fonction du lieu d'implantation de l'établissement de santé, et/ou du lieu de résidence de la parturiente (à proximité ou non de la « frontière » du département). Cette observation montre que :

- France entière : 83,7 % des enfants sont nés dans une maternité située dans leur département de résidence ;
- ce taux varie de 83,2 % en secteur public à 85,7 % en secteur privé ;
- il varie également en fonction des régions ;
- c'est l'Île-de-France qui enregistre le taux le plus élevé de « fuites » hors département (33,5 %) en raison de la mobilité extrême de la population, et de l'interdépendance des départements de la région.

Si, à l'inverse, on mesure la part de patientèle non-résidente dans le département d'implantation de la maternité, le taux global est - en miroir du taux ci-dessus - de 16,4 %, décliné comme suit :

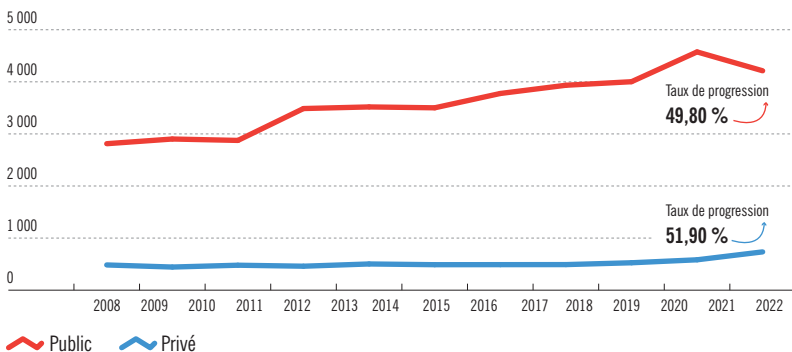
- 13,5 % pour les établissements de santé privés ;
- 13,9 % pour les centres hospitaliers ;
- 20,3 % pour les établissements ESPIC ou privés à but non lucratifs ;
- 23,9 % pour les CHU.

Autrement dit, les maternités privées jouent pleinement leur rôle d'établissements de « proximité », et les CHU leur rôle d'établissements de référence, recrutant au-delà de leurs limites départementales.

Deuxième indicateur : en observant la distribution des séjours liés à un accouchement « hors établissement », selon la classification PMSI. Le GHM spécifique identifiant les séjours ayant donné lieu à un accouchement « hors établissement » (c'est-à-dire le plus souvent pour exprimer que le temps de transport entre le domicile et la structure est trop long) a été créé en 2012 à l'occasion de la révision de la classification PMSI des CMD14 et 15 (obstétrique

et néonatalogie). Il s'agit du GHM 14Z09Z, facile à recenser dans les bases de données.

FIGURE 17. **Évolution du GHM Accouchement hors de l'établissement**



Au plan national, ces accouchements hors établissements représentent 0,9 % des accouchements par voie basse enregistrés en 2022. Leur distribution départementale montre de grandes disparités.

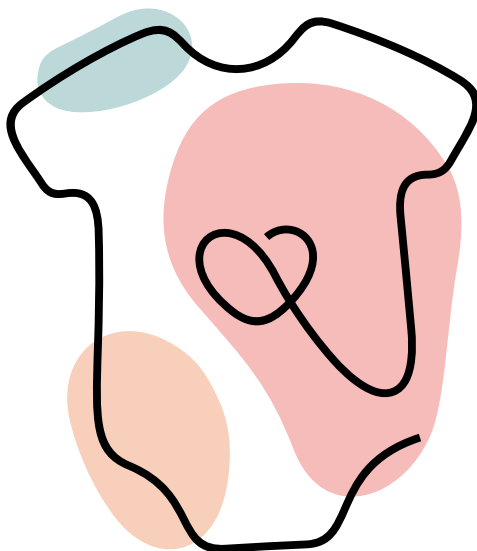
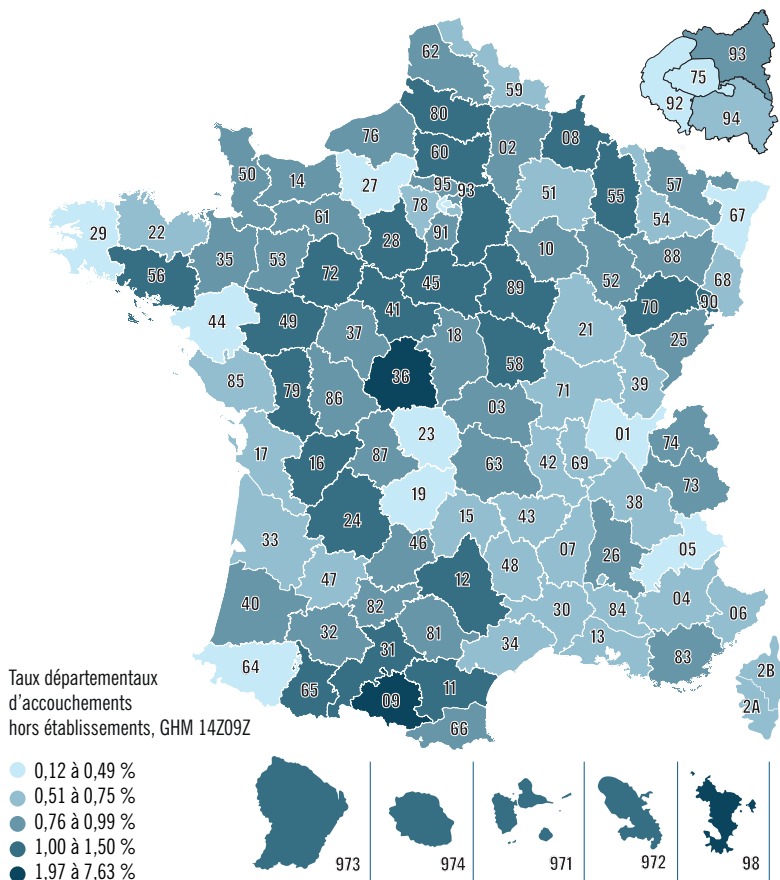


FIGURE 18. Taux départementaux d'accouchements hors établissements



Au niveau départemental, les variations de ce taux sont importantes. Le pourcentage d'accouchements hors établissement a été exprimé en fonction du nombre d'accouchements par voie basse, puisqu'il n'est pas pertinent de tenir compte des césariennes, qui ne peuvent évidemment pas avoir lieu hors établissement.

L'ACTIVITÉ DES MATERNITÉS PAR TYPE D'AUTORISATION

Les établissements d'obstétrique sont soumis aux conditions d'autorisation définies par les décrets « Périnatalité » de 1998, décrivant 3 types de maternité en fonction, entre autres, de la présence sur un même site d'une unité d'obstétrique (type1), et d'une unité de néonatalogie (type 2a) ou de soins intensifs néonataux (type 2b), ou de réanimation néonatale (type 3). Et dans le cadre de la mise en place des réseaux de périnatalité, on avait également défini les centres de périnatalité de proximité, dont la mission est le suivi des grossesses, sans prise en charge de l'accouchement.

Pour cette analyse, on recourt aux données de la statistique annuelle des établissements de santé (SAE), dont on a vu que les informations ne se superposaient pas parfaitement aux données du PMSI (cf. page 7 et suivantes), puisqu'elle enregistre la totalité de l'activité du service de maternité de l'établissement, y compris la prise en charge des affections de l'ante ou du post-partum, qu'on ne comptabilise pas avec les accouchements et les naissances, dans la présente étude. De plus, la SAE distingue 3 catégories juridiques d'établissements : publics, privés et associatifs.

Enfin, la SAE enregistre l'activité par entité géographique et non par entité juridique. À titre d'exemple, les 13 maternités de l'AP-HP sont bien enregistrées comme 13 établissements dans la SAE alors qu'elles ne comptent que pour 1 établissement dans le PMSI². Il en est de même pour tous les CHU qui disposent de plusieurs sites. Dans la SAE, l'année la plus récente disponible est 2022.

2. Depuis le début du recueil des données PMSI, l'AP-HP a toujours refusé que ses données puissent être exploitées par entité géographique.

ÉVOLUTION DU NOMBRE DE MATERNITÉS SELON LES TYPES

TABLEAU 2. Évolution du nombre de centres périnataux et d'unités d'obstétrique (données SAE)

Centre périnatal de proximité	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022
Privé	2	3	3	3	4	4	5	2	2	2
Associatif	3	5	5	5	5	5	5	5	5	5
Public	69	71	78	76	80	85	89	87	93	95
Total	74	79	86	84	89	94	99	94	100	102
Unité d'obstétrique type 1	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022
Privé	97	95	94	87	82	77	69	67	64	57
Associatif	24	24	23	22	19	20	15	15	18	16
Public	119	121	115	114	109	104	97	97	97	94
Total	240	240	232	223	210	201	181	179	179	167
Unité d'obstétrique type 2	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022
Privé	47	49	47	50	51	51	51	51	51	52
Associatif	14	14	14	15	15	14	18	17	14	15
Public	169	171	171	166	168	168	168	164	167	169
Total	230	234	232	231	234	233	237	232	232	236
Unité d'obstétrique type 3	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022
Privé	3 ³	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Associatif	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Public	71	70	68	68	67	71	69	70	67	69
Total	74	70	68	68	67	71	69	70	67	69

3. Nous avons vérifié à deux reprises que les tableaux de synthèse de SAE en 2013 faisaient état de 3 unités d'obstétrique de type 3, de statut privé. Mais nous ignorons de quelles unités il s'agit.

FIGURE 19. **Évolution du nombre de centres de périnatalité de proximité**

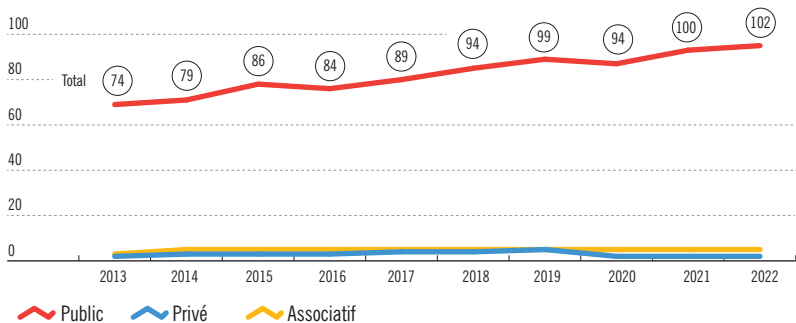


FIGURE 20. **Évolution du nombre de maternités de type 1**

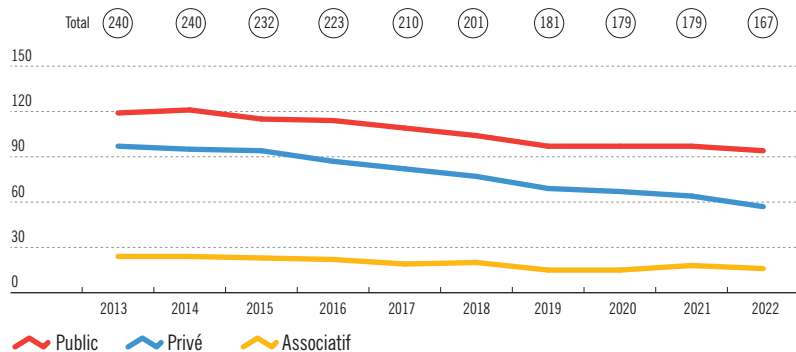


FIGURE 21. **Évolution du nombre de maternités de type 2**

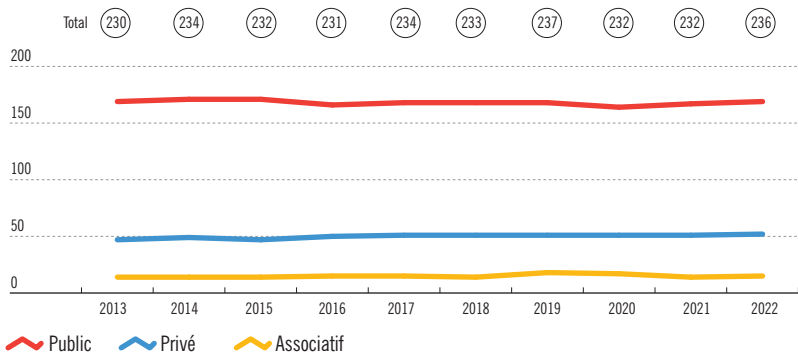


FIGURE 22. **Évolution du nombre de maternités de type 3**

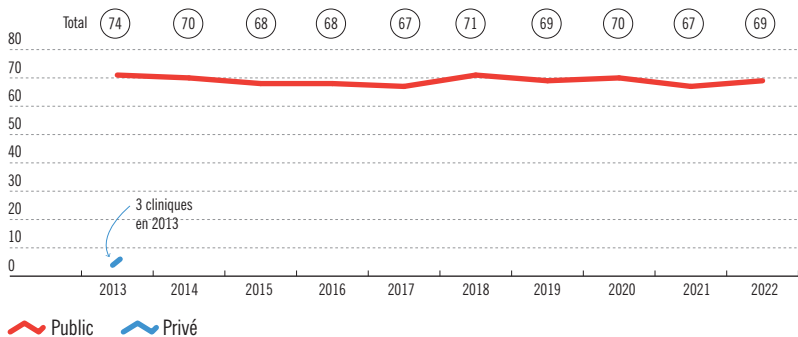
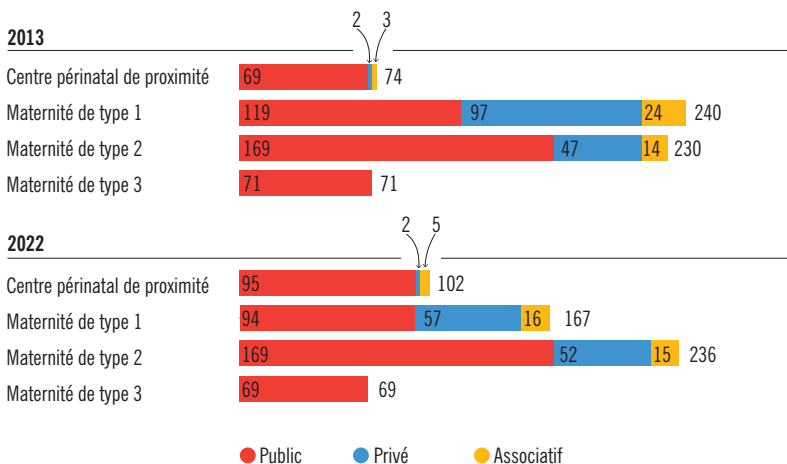


FIGURE 23. Évolution de l'offre périnatale et obstétrique par type d'autorisation en 2013 et en 2022



On observe entre 2013 et 2022 :

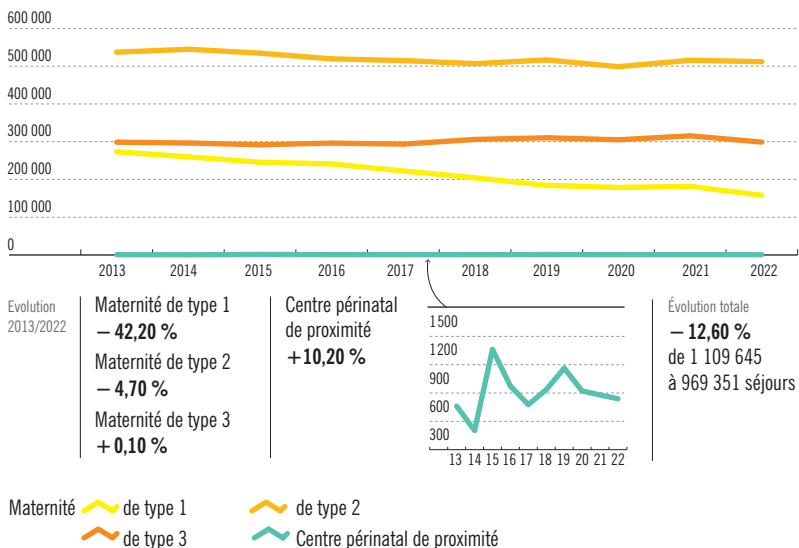
- une augmentation du nombre des CPNP, presque exclusivement publics, qui n'assurent pas les accouchements ;
- un effondrement du nombre de maternités de type 1, passées de 240 à 167 (-30 %), très marqué dans le privé : -39 %⁴ ;
- une très légère augmentation des maternités de type 2, grâce aux efforts faits par 6 établissements (5 privés et 1 associatif) pour atteindre le type 2 (sans aucun doute dans le cadre de regroupements) ;
- une stabilité des maternités de type 3, toutes hébergées dans des CHU ou de très gros centres hospitaliers.

Ainsi, la diminution observée porte essentiellement sur les maternités de type 1, et essentiellement en secteur privé, le nombre des maternités de types 2 et 3 restant stable, ou très légèrement modifié, quel que soit le secteur.

4. Le nombre de maternité privées de type 1 est passé de 97 à 57, mais on a tenu compte des 5 maternités passées en type 2 (le plus souvent à l'occasion de regroupements).

ÉVOLUTION DE L'ACTIVITÉ DES MATERNITÉS PAR TYPE

FIGURE 24. Évolution du nombre de séjours France entière (données SAE)



Ce sont toujours les maternités de type 1 dont l'activité diminue, et on a vu qu'il s'agissait surtout d'établissements privés dont le service d'obstétrique a disparu.

Le recours aux maternités de type 2 diminue moins que l'activité globale d'obstétrique. Ces chiffres illustrent le transfert d'une partie de l'activité des maternités de type 1 vers les maternités de type 2.

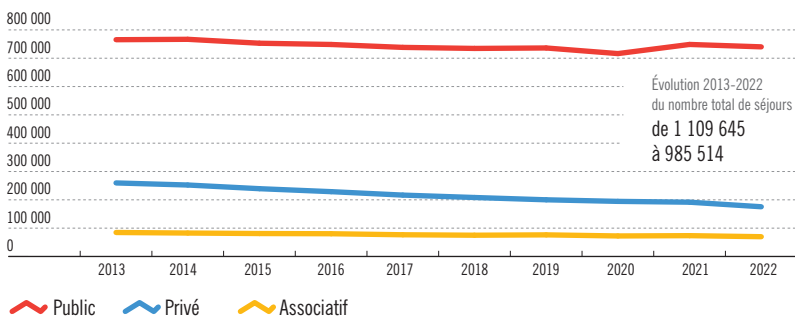
L'activité des maternités de type 3 augmente très peu (+3,8 % sur les dix années), de même que celle des centres périnataux de proximité.

Le recours aux maternités de type 3 reste stable, sans doute parce qu'elles sont en nombre limité, avec une capacité d'accueil déjà saturée.

Si en volume d'activité la part des structures de type 3 n'a pas évolué, en parts de marché sur l'activité totale d'obstétrique, elle a nettement tendance à augmenter, entraînant une diminution en miroir de la part de marché des structures de type 1.

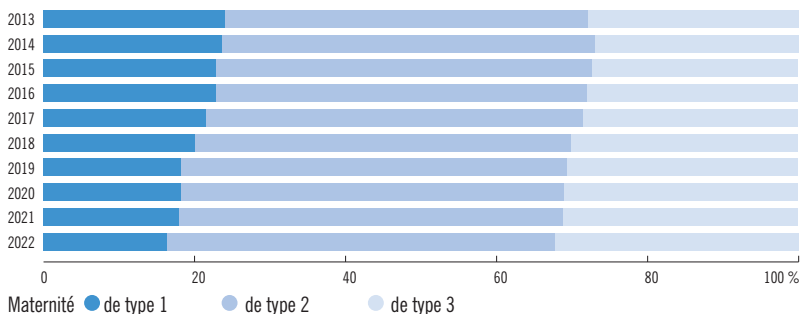
ÉVOLUTION DE L'ACTIVITÉ DES MATERNITÉS PAR STATUT JURIDIQUE

FIGURE 25. Nombre de séjours en obstétrique, France entière, selon le statut juridique de l'établissement



C'est toujours le secteur privé qui enregistre la plus forte baisse d'activité.

FIGURE 26. Parts de marché de chaque type de maternité, France entière



Centre périnatal de proximité : 0,07 en 2013 à 0,09 en 2021 % (non représenté sur le graphique)

Diminution importante de la part de marché des structures de type 1, de plus en plus délaissées. Très légère croissance des structures de

type 2. Les structures de type 3 gagnent 5 % en parts de marché, même si les volumes de séjours n'ont pas varié. 51,3 % de la totalité de l'activité d'obstétrique en France est produite par des maternités de type 2, celles de type 3 assurant un petit tiers (32,3 %) de l'activité nationale et celles de type 1 uniquement 16,4 %.

FIGURE 27. Évolution des séjours d'obstétrique, secteur privé, y compris ante et post-partum, surveillance de grossesse, hors IVG (données SAE)

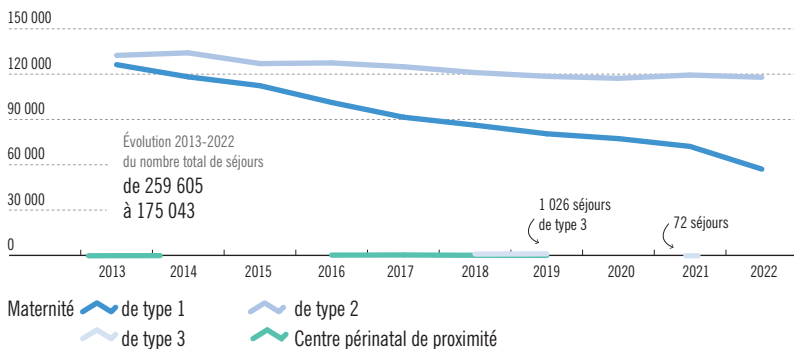
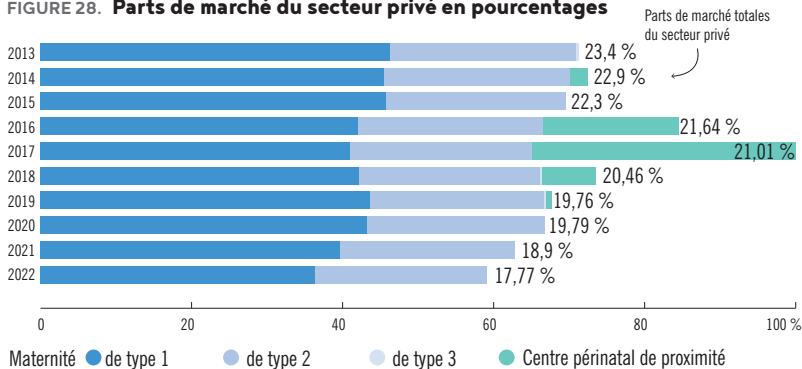


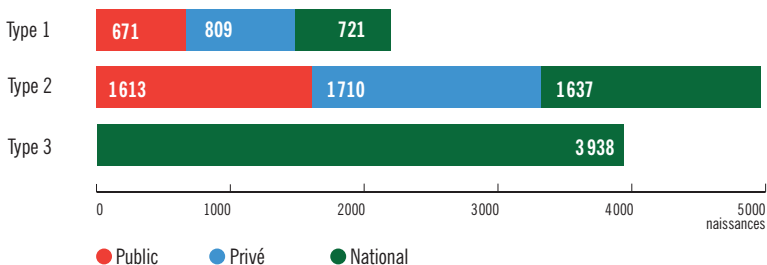
FIGURE 28. Parts de marché du secteur privé en pourcentages



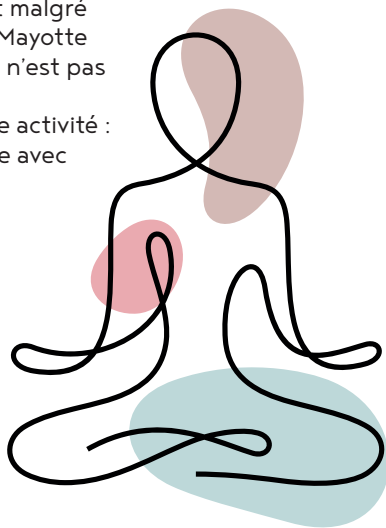
La baisse d'activité du secteur privé est encore plus spectaculaire.

Activité moyenne

FIGURE 29. **Nombre moyen d'accouchements (voie basse et césarienne) par maternité selon les types 1, 2 ou 3, en 2022**

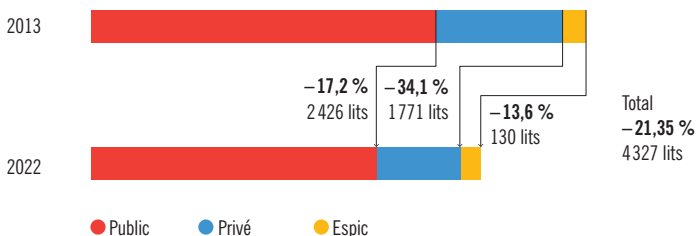


À niveau égal, chaque structure privée a une activité plus importante (20 % en type 1, 6 % en type 2) qu'une structure publique. Pour le type 3, il faut se rappeler que AP-HP est enregistrée comme un seul établissement malgré ses 13 maternités, et que la maternité de Mayotte avec ses 10 600 accouchements en 2022 n'est pas sans incidence sur ces chiffres. Une seule maternité de type 3 a une faible activité : celle du CH de Basse Terre en Guadeloupe avec 617 accouchements en 2022.



Offre de soins en nombre de lits

FIGURE 30. Évolution du nombre de lits de gynécologie obstétrique, France entière, entre 2013 et 2022 (données SAE)



Les différentes restructurations intervenues au cours des dix dernières années ont entraîné une réduction du nombre de lits d'obstétrique, particulièrement importante en secteur privé.

Toutefois, la capacité restante devrait être suffisante pour répondre aux besoins puisque, si on admet que les 15 940 lits restants offrent la possibilité de 5 818 100 journées d'hospitalisation, et que la durée moyenne de séjour est dans la plupart des cas inférieure à 5 jours (cf plus loin), ce sont 1 163 000 séjours annuels qui devraient être possibles, alors que SAE n'en recense que 969 000 en 2022 pour l'ensemble des services de maternité, toutes causes confondues, soit un taux d'occupation théorique de 83 %, mais sous réserve que nous n'observions pas de reprise de la natalité.

ANALYSE MÉDICALE

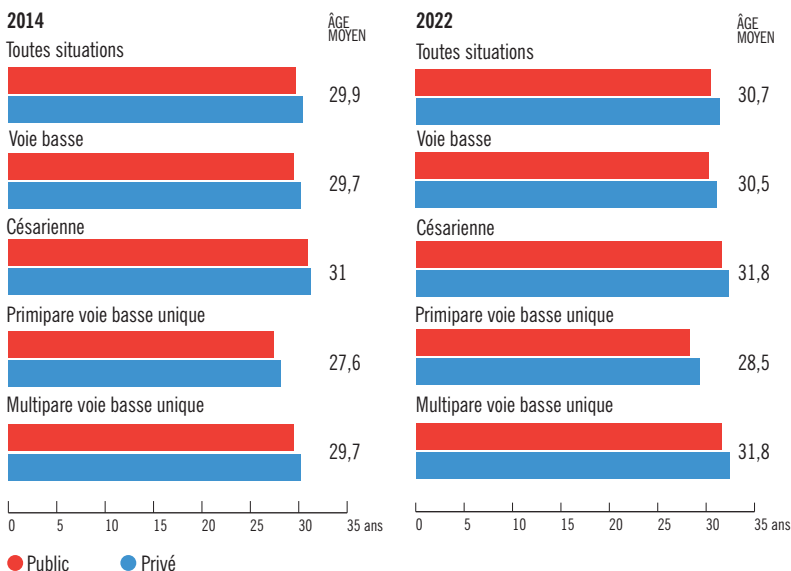
LES PRINCIPALES CARACTÉRISTIQUES MÉDICALES DES PARTURIENTES

La classification PMSI et la classification commune des actes médicaux permettent une description fine des situations : accouchement voie basse ou césarienne, primipare ou multipare, grossesse unique ou multiple...

L'âge des parturientes

En 2022, la plus jeune parturiente aurait accouché à 11 ans et 7 mois, et la plus âgée à 60 ans. L'âge moyen global, toutes situations confondues, est de 30,7 ans. L'âge moyen par catégorie (voie basse, césarienne, primipare, multipare) augmente d'un peu moins d'un an en 8 ans, toutes situations confondues, entre 2014 et 2022.

FIGURE 31. Âge moyen des parturientes par catégorie en 2014 et 2022



Rappelons que, selon l'INSEE, l'âge moyen auquel les femmes accouchent de leur 1^{er} enfant était de 24,2 ans en 1967, et de 28,1 ans en 2010.

L'âge moyen des césariennes est toujours supérieur à celui des accouchements par voie basse de primipare mais presque identique à celui des « multipares voie basse ».

Dans le secteur privé, les âges moyens sont toujours supérieurs, comme dans presque toutes les autres activités.

Évolution par secteur : **la progression est très régulière et très parallèle entre secteurs.**

FIGURE 32. Évolution de l'âge moyen des parturientes, toutes situations confondues, par secteur

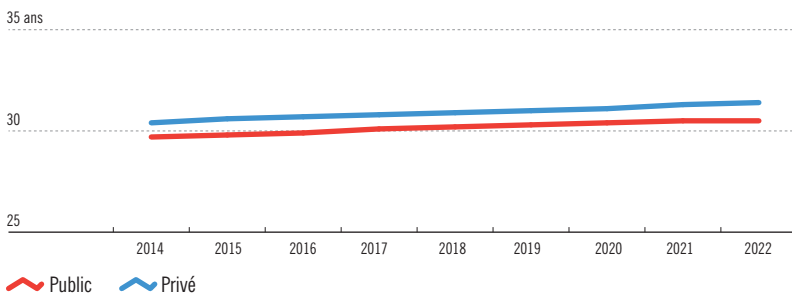
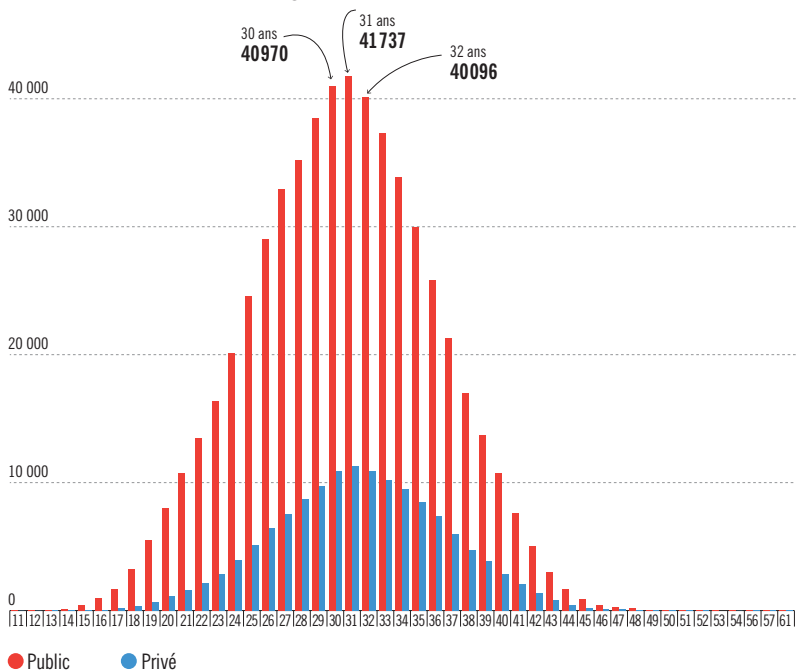


FIGURE 33. Distribution des âges de la totalité des parturientes en 2022



La distribution des âges des parturientes par secteur est superposable.

L'âge gestationnel

L'âge gestationnel moyen observé sur la base 2022 est de 39 semaines. La classification des GHM décline les racines de GHM en fonction du niveau de sévérité du séjour : de A (sans complication) à D (complications sévères), et on sait que l'âge gestationnel joue un rôle d'équivalent CMA dans les racines d'accouchement.

Si on compare l'âge gestationnel moyen par niveau de sévérité sur les racines de GHM comportant le plus grand nombre de séjours : césarienne pour grossesse unique (14CO8), accouchement voie basse chez une primipare (14Z13) et accouchement voie basse chez une multipare (14Z14), on observe la relation inverse attendue entre

l'âge gestationnel et le niveau de sévérité des GHM, identique entre secteurs public et privé, entre 2014 et 2022, ce qui est assez naturel, mais vérifié par ces chiffres.

Une exception cependant : le niveau 4 des racines de césariennes en privé présente une moyenne toujours plus élevée en niveau 4 qu'en niveau 3. C'est le très faible nombre de séjours concernés qui explique ces chiffres. En effet, en 2022, cette moyenne ne porte que sur 80 séjours en secteur privé (groupés dans les GHM en D des 3 racines de GHM décrivant les césariennes) contre 1 877 en secteur public. Et ces chiffres sont presque identiques en 2014 (79 séjours privés contre 1 186 séjours publics).

FIGURE 34. Relation entre âge gestationnel et niveau de sévérité du GHM, 2014

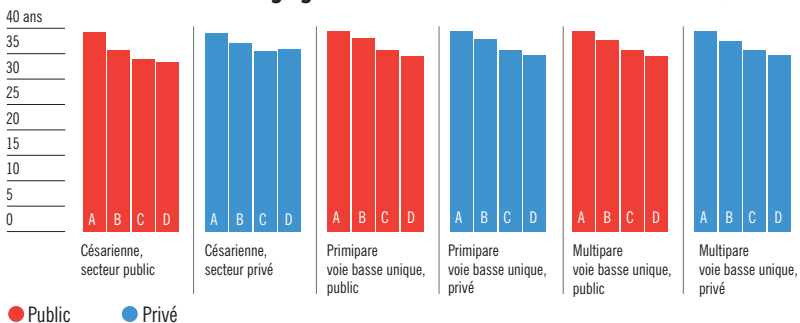
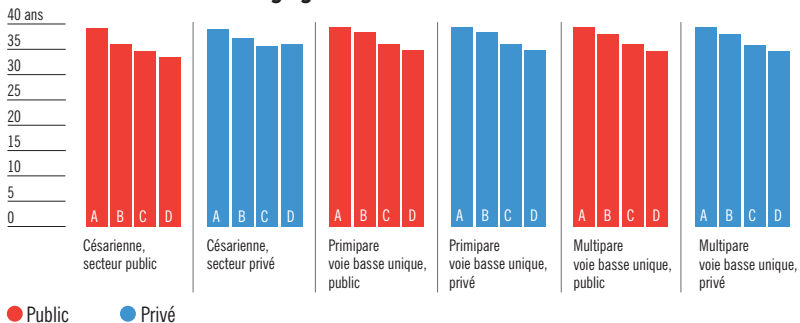
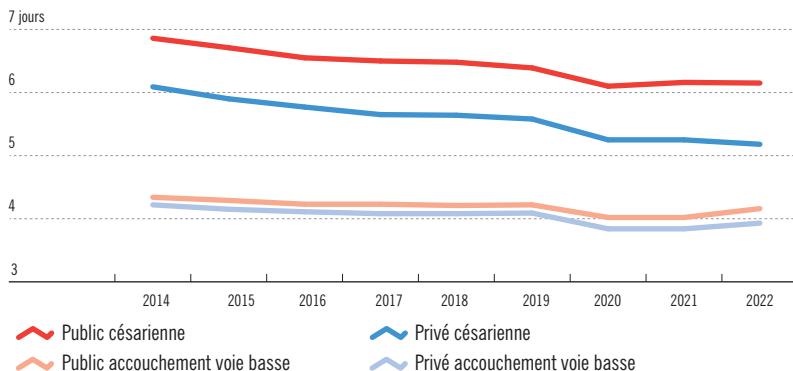


FIGURE 35. Relation entre âge gestationnel et niveau de sévérité du GHM, 2022



La durée moyenne de séjour (DMS)

FIGURE 36. Durée moyenne de séjour globale entre 2014 et 2022, en jours



Pour les accouchements par voie basse, la différence de DMS entre public et privé est très faible, et les deux secteurs n'ont pas fortement réduit leurs DMS entre 2014 et 2022 (à peine 0,2 jour).

Mais pour les césariennes, les choses sont bien différentes : le différentiel public/privé est beaucoup plus important (près d'1 jour) et la progression entre 2014 et 2022 l'est également (-0,7 jour en public et -0,9 jour en privé).

Afin de repérer d'éventuelles modifications de DMS en fonction de la parité, on fait le choix de comparer les DMS pour les populations plus homogènes : GHM « sans complication » comportant les plus forts contingents de population (GHM en A) pour les racines de GHM : accouchement voie basse primipare, accouchement voie basse multipare, césarienne pour enfant unique.

Ces trois GHM 14Z13A et 14Z14A, 14C08A concentrent 82 % de la totalité des séjours du secteur public groupés dans les 30 GHM possibles et 90 % dans le secteur privé.

TABLEAU 3. DMS pour les GHM 14Z13A et 14Z14A, 14C08A

Primipare grossesse unique 14Z13A	2014	2022
DMS au niveau national	4,55	4,33
DMS secteur public	4,57	4,36
DMS secteur privé	4,49	4,22

Multipare grossesse unique 14Z14A		
DMS au niveau national	3,81	3,54
DMS secteur public	3,80	3,56
DMS secteur privé	3,83	3,44

Césarienne 14C08A		
DMS au niveau national	5,79	5,06
DMS secteur public	5,83	5,13
DMS secteur privé	5,71	4,85

Aussi bien pour les césariennes que pour les accouchements par voie basse, pour 2014 et 2022, ces chiffres montrent que :

- la durée moyenne de séjour est plus élevée pour les césariennes et les primipares que pour les multipares ;
- la durée moyenne de séjour est presque identique entre secteurs public ou privé, dans presque toutes les situations.

Le mode d'entrée et de sortie

34 % des parturientes de 2022 ont été admises en urgence. En sortie, 98,9 % ont regagné leur domicile, et 1,1 % ont été transférées. Dans plus de 2 cas sur 3 (68 %, soit 0,7 % du total) le transfert s'est fait vers un secteur de court séjour, l'HAD n'accueillant que 26 % (soit moins de 0,3 % du total) des sortantes par transfert.

La prise en charge en unité de soins critiques

Les parturientes ayant subi une césarienne bénéficient d'une surveillance (le plus souvent en surveillance continue) dans 1,9 % des cas, alors que celles ayant accouché par voie basse ne le nécessitent que dans 0,18 % des cas.

La parité

Pour cette analyse, réalisée sur la base PMSI 2022, on s'appuie sur le groupage en GHM de la classification PMSI pour les accouchements par voie basse, et sur la fréquence des actes CCAM avec « code étendu » pour les césariennes.⁵

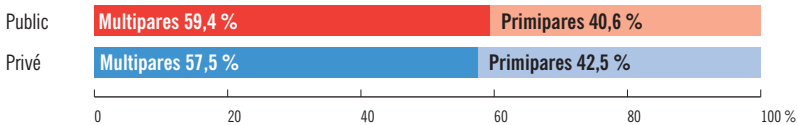
Il s'agit d'observer les rapports : primipares/multipares et grossesses multiples/uniques.

TABLEAU 4. Observations pour les accouchements par voie basse en 2022 (base PMSI)

		Public	Privé	Total
14Z11	Accouchement multiple par voie basse chez une primipare	1 670	211	1 881
14Z12	Accouchement multiple par voie basse chez une multipare	3 088	329	3 417
14Z13	Accouchement unique par voie basse chez une primipare	179 696	45 424	225 120
14Z14	Accouchement unique par voie basse chez une multipare	262 789	61 479	324 268
	Total	447 243	107 443	554 686

5. Des codes CCAM « étendus » ont été créés en 2019 pour repérer les césariennes pour grossesse unique ou multiple, chez une primipare ou une multipare.

FIGURE 37. Distribution des accouchements entre le public et le privé en 2022 (base PMSI)



Il y a deux fois plus de grossesses multiples en public qu'en privé, respectivement 1,06 % et 0,5 % du total des grossesses et il y a plus de primipares en privé qu'en public.

Ce rapport est également en baisse chaque année depuis le début du codage PMSI, à en croire le codage des actes CCAM qui apportent la précision, pour les accouchements par voie basse.

FIGURE 38. Pourcentage de primipares par secteur depuis 2006, pour accouchement par voie basse

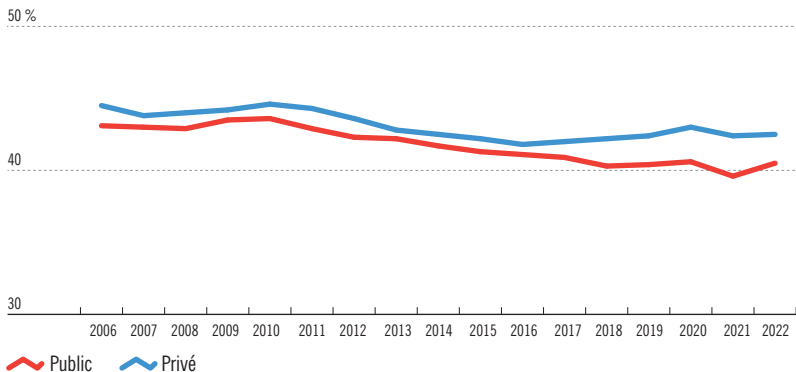


TABLEAU 5. Observations pour les césariennes en 2022 (base PMSI)

	Public	Privé	Total
Unique	113 014	32 450	145 464
Multiple	4 927	962	5 889
Primipare	58 373	16 638	75 011
Multipare	59 568	16 774	76 342
% de primipares	49,5 %	49,8 %	49,6 %
% de grossesses multiples	4,18 %	2,88 %	3,89 %

TABLEAU 6. Observations pour l'ensemble des accouchements par césarienne et voie basse en 2022 (base PMSI)

	Public	Privé	Total
% primipares	42,4 %	44,2 %	42,8 %
% multipares	57,6 %	55,8 %	57,2 %
% de grossesses multiples	1,71 %	1,07 %	1,58 %

Ainsi, chez les parturientes bénéficiant d'une césarienne, et par rapport à celles qui accouchent par voie basse, on trouve à la fois un taux de primipare supérieur de 9 % et un taux de grossesses multiples plus de 4 fois supérieur.

La « programmation » des césariennes

Grâce au libellé de l'acte CCAM, il est possible de distinguer les césariennes « programmées » des césariennes dont l'indication est posée en cours de travail, ou des césariennes en urgence en dehors du travail. Ce sont les non-programmées qui sont toujours majoritaires, de façon très régulière sur la totalité de la durée des 17 ans étudiés, aussi bien en secteur public qu'en secteur privé.

De plus, les césariennes non-programmées représentent 60 % de la totalité des césariennes en secteur privé et 70 % en secteur public.

FIGURE 39. Césariennes programmées et non programmées en nombre

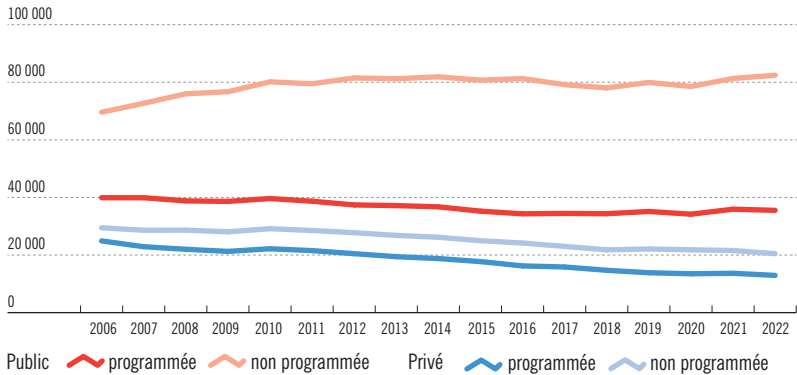
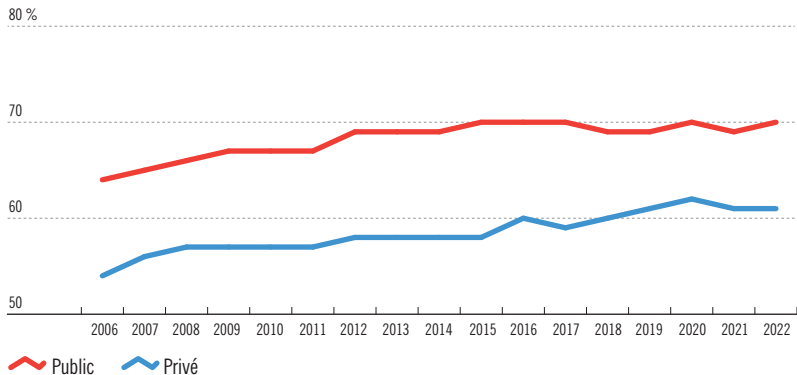


FIGURE 40. Césariennes non programmées en pourcentage des césariennes totales



Depuis 2019, les codes CCAM de césariennes ont bénéficié de la création de « codes étendus » permettant d'identifier la notion de parité et de grossesse unique ou multiple en cas de césarienne.

Informations issues du chainage des séjours pour les parturientes

Chaque séjour enregistré dans la base est porteur d'un numéro d'anonymisation « NIR ANO », constitué à partir du « numéro de sécurité sociale » (plus précisément le Numéro d'inscription au répertoire national d'identification des personnes physiques (NIR), de la date de naissance et du sexe), anonymisés de telle sorte qu'il soit possible de suivre un même individu dans tout son parcours hospitalier, sans jamais pouvoir revenir à son identité réelle.

Dans le cadre de l'activité hospitalière générale, le principal intérêt de cette analyse est de mesurer le taux de réhospitalisation d'un même malade.

Dans le cadre de notre étude sur les maternités, et puisque cette étude ne porte que sur des séjours groupés dans des GHM d'accouchement (voie basse ou césarienne), on s'attend à ne trouver aucune réhospitalisation pour les parturientes, mais des rehospitalisations pour les nouveau-nés (transfert, réhospitalisation à distance du séjour initial, dans la limite d'une entrée avant le 29^e jour de vie⁶).

Pour les parturientes, on observe néanmoins quelques « réhospitalisations » dans les cas suivants.

1. La parturiente a effectivement mené à terme (ou presque) deux grossesses avec naissance d'un enfant vivant au cours de l'année civile 2022. C'est le cas en secteur public pour 181 femmes ayant accouché par voie basse (362 séjours) et 17 femmes ayant eu deux césariennes à 8 mois ou plus d'intervalle (34 séjours). En secteur privé, 21 femmes ont eu deux accouchements par voie basse dans l'année (42 séjours). Cette situation est donc retrouvée pour 4 parturientes pour 10 000 en secteur public et pour 2 sur 10 000 en secteur privé.

6. Les critères d'entrée dans la catégorie majeure 15 (celle des nouveau-nés) dépendent à la fois de l'âge en jours (inférieur à 8 ou 29), du mode d'entrée (transfert ou mutation) et/ou du poids à l'entrée. Les séjours des nouveau-nés ne remplissant pas ces critères sont orientés dans les autres CMD, selon le diagnostic principal retenu.

2. Des erreurs de codage : la patiente a bénéficié de deux hospitalisations rapprochées. Si l'une correspondait effectivement à un accouchement, l'autre était mal codée au point de mener à deux GHM d'accouchement à quelques jours d'intervalle. C'est également le cas lorsque l'accouchement a lieu « hors établissement », c'est-à-dire en fait hors maternité : un premier établissement ne disposant pas d'une maternité prend en charge la parturiente avant de la transférer à un établissement autorisé. Et les deux établissements codent l'accouchement, le premier séjour devant être groupé (si le codage est conforme aux consignes) dans le GHM 14Z09Z : « accouchement hors de l'établissement ». Cette situation est retrouvée pour 35 parturientes (70 séjours), toutes en secteur public.

3. Une facturation en double : le même séjour est codé deux fois (même date d'hospitalisation mais numéro de séjour différent). Cette situation est retrouvée pour 36 séjours (72 dossiers de facturation) en secteur public et pour 7 séjours (14 dossiers de facturation) en clinique privée. Dans ce dernier cas, tous les séjours émanent du même établissement. Le faible nombre d'occurrences permet de penser qu'il s'agit davantage de « doublons » par erreur de saisie que de fraude⁷. C'est lors de la création des numéros anonymisés que les erreurs surviennent, surtout en raison d'erreurs sur le numéro de sécurité sociale.

L'enregistrement d'un numéro de sécurité sociale invalide peut-être :

- volontaire : c'est le cas des hospitalisations « sous X » pour lesquelles l'anonymat de la patiente est conservé quoi qu'il arrive. Pour l'année 2022, on retrouve 92 naissances sous X en secteur public (72 par voie basse et 20 césariennes) et aucune en secteur privé ;
- ou lié à une incohérence dans les informations saisies, ou à un numéro de sécurité sociale falsifié, voire inexistant. Cette saisie fait alors l'objet d'un « code retour » en erreur.

7. On sait que depuis 2019, le logiciel GENRSA est réputé signaler en erreur les fichiers comportant des doublons de numéros administratifs dans les CMD14 et 15. (Notice technique ATIH n°2-790-2019 du 24/12/18)

En 2022 dans la CMD14	Accouchement voie basse		Césarienne		Total	
	Public	Privé	Public	Privé	Public	Privé
Nombre total de NIR ANO présents plus d'une fois	10 343	67	1 294	6	11 637	73
Nombre de NIR ANO avec code retour en erreur	9 798	0	1 218	0	11 016	0
Dont Nombre de NIR ANO sous X	72	0	20	0	92	0
Nombre de NIR ANO avec code retour bon	545	67	76	6	612	73
2 grossesses la même année	181	21	17	0	202	21
Facturation en double	22	7	14	0	36	7
Erreur de codage	31	4	7	3	38	7
2 séjours dont 1 en 14Z09 (acc. hors établissement)	35	0	Sans objet	Sans objet	35	0

Ces erreurs sont très inégalement réparties puisque retrouvées principalement :

- au centre hospitalier de Mayotte qui concentre 41 % de la totalité des erreurs (France entière) ;
- à l'AP-HP, toujours considérée comme un seul établissement, qui totalise un peu plus de 20 % des erreurs ;
- dans 8 CHU ;
- dans 7 CH d'Île-de-France et dans certains établissements publics de départements d'outre-mer.

La mortalité maternelle

Les paramètres ci-dessous ne sont pas des « indicateurs » au sens « indicateurs internationaux » de l'OMS ou des épidémiologistes⁸, mais sont des informations facilement exploitables à partir du PMSI. Ils ont l'avantage d'être :

- rapides à identifier ;
- vraisemblablement assez parallèles aux indicateurs « officiels » ;
- reproductibles d'année en année, permettant un suivi régulier.

8. Par exemple l'indicateur « officiel » « mortalité néonatale » recense les décès enregistrés pour des enfants nés vivants, et survenant jusqu'au 27^e jour de vie, donc possiblement après la sortie du séjour en maternité, seul pris en compte dans la présente étude, et ne recense pas les mort-nés, qui sont enregistrés dans le PMSI.

Pour évaluer la mortalité maternelle, on extrait de la base PMSI des années 2015 à 2022, tous les séjours avec mode de sortie 9 (décès) et CMD14, c'est-à-dire qu'on fait le choix **délibéré** de recenser la totalité de l'activité de la CMD14, en sachant qu'on va ainsi recueillir non seulement les accouchements par voie basse ou césarienne, mais aussi les activités « immédiatement périobstétricales » : complication d'avortement spontané ou volontaire, grossesse ectopique, affection du pré et du post-partum...

TABEAU 7 Mortalité maternelle de 2015 à 2022

		Avortement avec complication	Affection du pré ou post-partum	Césarienne	Accouchement par voie basse	Total
2015	Public	1	7	16	10	34
	Privé	0	2	0	4	6
	Total	1	9	16	14	40
2016	Public	2	6	15	3	26
	Privé	2	2	1	4	9
	Total	4	8	16	7	35
2017	Public	0	3	9	8	20
	Privé	1	0	3	5	9
	Total	1	3	12	13	29
2018	Public	1	11	11	6	29
	Privé	0	2	2	5	9
	Total	1	13	13	11	38
2019	Public	4	6	14	6	30
	Privé	0	2	1	3	6
	Total	4	8	15	9	36
2020	Public	1	11	21	4	37
	Privé	2	0	1	3	6
	Total	3	11	22	7	43
2021	Public	1	4	23	7	35
	Privé	2	3	1	1	7
	Total	3	7	24	8	42
2022	Public	3	7	17	6	33
	Privé	1	0	2	3	6
	Total	4	7	19	9	39
Total sur les 8 ans		21	66	137	78	302

On remarque que 87 de ces 302 décès (29 %) ne sont pas directement liés à l'accouchement, et que ce sont les césariennes qui comptabilisent le plus de décès maternels : 64 % des décès survenus au cours d'un accouchement.

Une question se pose : La césarienne a-t-elle été réalisée parce que la situation était complexe et grave, ou est-ce l'acte chirurgical qui a entraîné l'aggravation de la situation ?

FIGURE 41. Mortalité maternelle, différentes situations, tous secteurs confondus

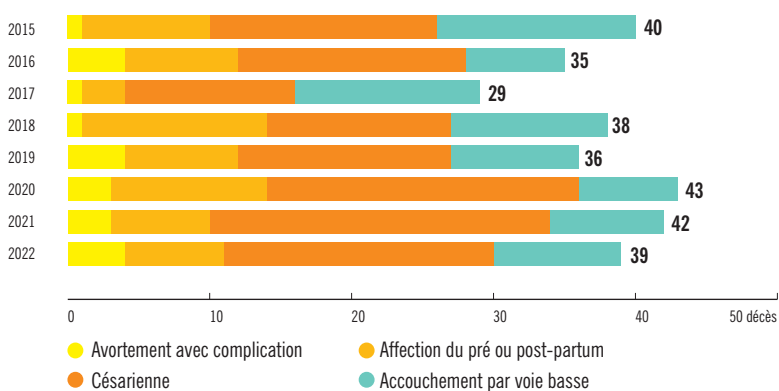


TABLEAU 8. Distribution des 215 décès liés à l'accouchement, survenus entre 2015 et 2022

	Public	Privé	Total
Voie basse	50	28	78
Césarienne	126	11	137 soit 64 %

Ces décès sont survenus dans 121 établissements différents, 85 d'entre eux ayant enregistré un seul décès au cours des 8 années. C'est l'AP-HP, toujours comptée comme un seul établissement malgré ses 13 maternités, qui enregistre 17 décès au cours de la période, suivie par le CH de Mayotte avec 7 décès, puis le CHU de Pointe-à-Pitre et le CH de Cayenne, avec chacun 6 décès.

TABEAU 9 Distribution par type d'établissement des 215 décès liés à l'accouchement, survenus entre 2015 et 2022

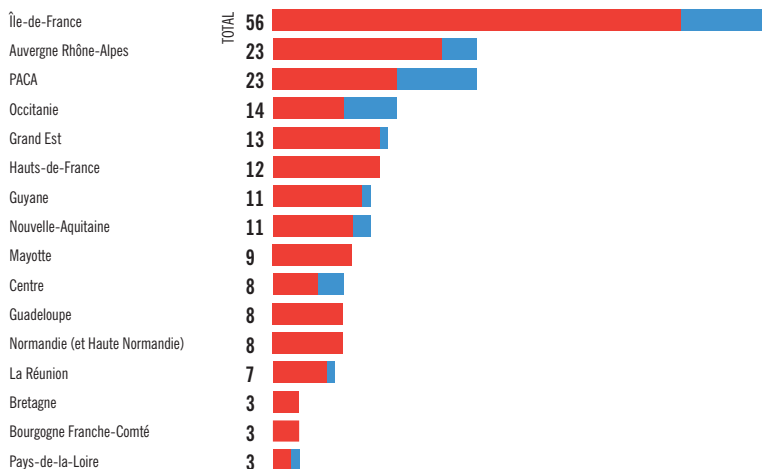
	Public	Privé
CHU	69	
CH	92	
ESPIC	12	
Privé		39
Privé non lucratif		3

Alors que les CHU accueillent 22 % des naissances, ils enregistrent 33 % des décès maternels, étant donné qu'ils concentrent l'essentiel des structures de type 3 et prennent en charge la plupart des grossesses « à risque ».

Dans le même temps, et sur la totalité de la période étudiée, les maternités privées ont enregistré 16,7 % des décès maternels, alors que leur part de marché sur la totalité des accouchements s'est érodée entre 2015 et 2022 de 24 % à un peu moins de 20 % (cf page 16 et pages suivantes).



FIGURE 42. Distribution par région des décès survenus entre 2015 et 2022 au cours d'un accouchement



On est interpellé par la fréquence des décès dans les territoires ultramarins : 35, soit 16,5 % des décès maternels, alors que ces mêmes territoires ne sont le lieu que de 5,5 % des accouchements enregistrés en 2022 (cf tableau page 17 et suivantes).

Âge moyen des parturientes décédées : 33,6 ans, presque identique entre public et privé, soit 3 ans de plus que l'âge d'accouchement moyen « général ».

Ces séjours sont également caractérisés par un taux d'entrée en urgence plus élevé que dans la totalité des séjours pour accouchement (40,6 % vs 34 %).

Si 30 décès ont eu lieu le jour de l'admission, donc au cours de l'accouchement, 47 ont eu lieu le lendemain. La durée moyenne de séjour des 215 parturientes décédées en 8 ans est de 8,3 jours, avec une différence franche entre secteurs : 9,3 jours en secteur public et 3,3 jours en secteur privé.

Les diagnostics principaux codés sont peu contributifs, dans la mesure où c'est la description de l'accouchement qui est souvent privilégiée.

TABLEAU 10. Mortalité maternelle listée par diagnostics principaux, par ordre de fréquence décroissante, liste non exhaustive)

Diagnostic principal	Libellé	Total
0800	Accouchement (unique) spontané par présentation du sommet	27
0881	Embolie amniotique	15
0994	Maladies de l'appareil circulatoire compliquant la grossesse, l'accouchement et la puerpéralité	12
0680	Travail et accouchement compliqués d'une anomalie du rythme cardiaque du fœtus	11
0364	Soins maternels pour mort intra-utérine du fœtus	9
0682	Travail et accouchement compliqués d'une anomalie du rythme cardiaque du fœtus avec présence de méconium dans le liquide amniotique	7
0995	Maladies de l'appareil respiratoire compliquant la grossesse, l'accouchement et la puerpéralité	6
0142	Syndrome HELLP (hémolyse, thrombopénie et cytolysé hépatique)	6
0140	Prééclampsie modérée, + 0141 sévère + 0150 Éclampsie (si on regroupe les 3 codes d'éclampsie)	13

L'embolie amniotique n'est codée que dans 7 % des cas, (15/215), à peu près comme les différentes formes d'éclampsie. Et si on recherche dans les diagnostics associés codés, on trouve une dispersion sur plus de 280 codes diagnostics différents, avec des codes aussi peu explicatifs que : arrêt cardiaque sans précision, ou mort d'origine obstétricale de cause non précisée.

TABEAU 11. Récapitulatif de la mortalité maternelle entre 2015 et 2022

	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022
Nb total d'accouchements par césarienne et voie basse, secteur privé	191 860	182 372	174 589	168 210	159 829	157 040	154 404	142 268
Nb total d'accouchements par césarienne et voie basse, secteur public	597 804	593 244	584 580	582 719	584 724	570 049	577 980	575 807
Nb total d'accouchements par césarienne et voie basse	789 664	775 616	759 169	750 929	744 553	727 089	732 384	718 075
Nb de décès, secteur privé	6	9	9	9	6	6	7	6
Nb de décès, secteur public	34	26	20	29	30	37	35	33
Nb de décès, total	40	35	29	38	36	43	42	39
Taux de mortalité maternelle, secteur privé /100 000 accouchements	3,13	4,93	5,15	5,35	3,75	3,82	4,53	4,22
Taux de mortalité maternelle, secteur public /100 000 accouchements	5,69	4,38	3,42	4,98	5,13	6,49	6,06	5,73
Taux de mortalité maternelle au niveau national /100 000 accouchements	5,07	4,51	3,82	5,06	4,84	5,91	5,73	5,43

Ainsi, le taux de mortalité maternelle est relativement stable, au moins au cours des dernières années, tournant autour de 5 pour 100 000 accouchements. La comparaison public/privé n'est pas pertinente dans la mesure où le secteur privé n'étant pas autorisé à disposer de maternité de type 3, il est réputé ne pas pouvoir prendre en charge les « grossesses à haut risque » qui pourraient y être orientées.

Ces taux ne sont pas comparables à ceux de l'OMS qui entend par mortalité maternelle le décès d'une femme pendant la grossesse, l'accouchement et les 42 jours suivant la fin de la grossesse, alors que notre recensement ne porte que sur la seule période de l'accouchement, en milieu hospitalier.

En 2020, l'OCDE plaçait la France en 26^e position, avec un taux moyen de 7,9 décès pour 100 000 naissances, loin derrière la Norvège (1,7), mais bien avant le Canada (11) ou les États-Unis (21,1).

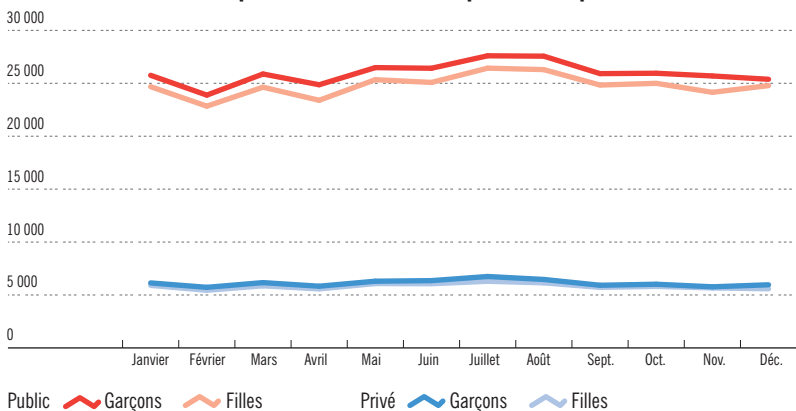
LES CARACTÉRISTIQUES DES NOUVEAU-NÉS

L'analyse détaillée est réalisée sur les naissances enregistrées en 2022.

Sexe

Le ratio fille/garçon est presque identique dans les deux secteurs (48,4 % de filles en secteur privé et 48,9 % de filles en secteur public), c'est-à-dire avec une prédominance masculine, et ce, quel que soit le mois de naissance.

FIGURE 43. Distribution par mois de naissance, par sexe et par secteur, 2022



Sur la totalité de l'année 2022, on retrouve bien les 104,7 garçons pour 100 filles, chiffre très proche du taux de 104,8 garçons pour 100 filles affiché par l'INED.

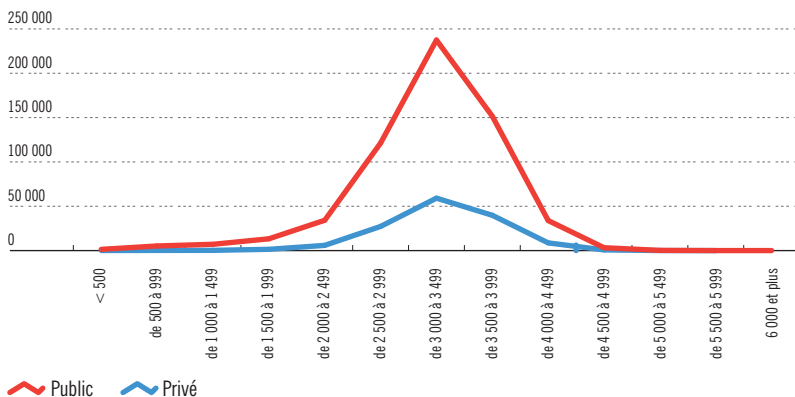
Poids de naissance

	Public	Privé	Total
Poids moyen	3 191 gr	3 290 gr	3 210 gr

Ceci ne signifie pas que les enfants nés dans le privé ont un poids moyen supérieur à celui des enfants nés dans le public, mais que la fréquence des « petits poids » est supérieure dans le public en raison de l'activité des maternités de type 3, centrées sur les grossesses à risque, les plus susceptibles de donner lieu à des naissances avant terme.

L'âge gestationnel moyen le confirme puisqu'il est de 38,75 semaines en public et de 39,07 semaines en privé, et la distribution des poids de naissance est très homogène dans les deux secteurs.

FIGURE 44. Distribution du poids de naissance par secteur

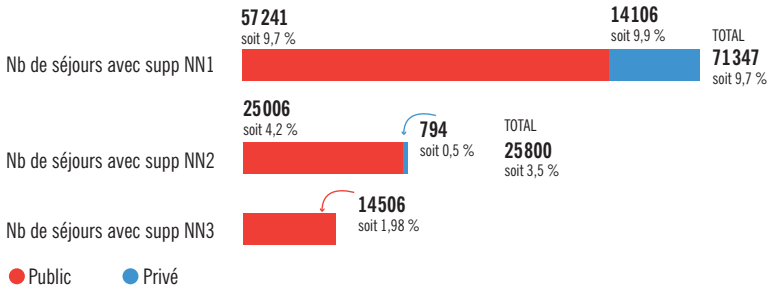


Le recours aux soins critiques

Pour évaluer la légitimité du recours à des maternités de type 2 ou 3, on essaie d'identifier les nouveau-nés ayant nécessité un passage en unité de néonatalogie.

Afin d'écarter les nouveau-nés transférés, on sélectionne ceux ayant pour âge d'entrée 0 jour et pour mode d'entrée la lettre N (enfant né sur place), même si on sait que ce codage est sous utilisé.

FIGURE 45. **Nombre de séjours avec supplément**



Les nouveau-nés relevant de réanimation néonatale ne constituent qu'à peine 2 % des naissances, mais ils sont 3,5 % à relever de soins intensifs de néonatalogie et 10 % d'unité de néonatalogie. Et on a vu (page 32) que 32,3 % des naissances avaient lieu dans des maternités de type 3.

Les modes d'entrée

Depuis 2019 et les modifications apportées pour être en conformité avec les directives Eurostat (Direction générale de la commission européenne chargée de l'information statistique à l'échelle communautaire), il a été créé un code N pour décrire le mode d'entrée du résumé d'unité médicale (RUM) de naissance d'un enfant né dans l'établissement. Le mode d'entrée 8 est réservé aux nouveau-nés admis à la suite d'un accouchement à domicile ou dans une maison de naissance.

Cependant, même dans la base 2022 (alors que ce codage est obligatoire depuis 2021), on peut avoir des doutes sur l'exhaustivité de ce codage N, surtout en raison de la fréquence des codes « 8 = domicile » qui représentent 13 % des entrées en secteur public et 4 % des entrées en secteur privé, alors que ce code devrait être réservé aux situations exceptionnelles décrites plus haut.

Pour cette raison et pour essayer d'identifier au plus juste les séjours des nouveau-nés en écartant les doubles séjours pour transfert, réhospitalisations ou prestations interétablissements, on choisit de sélectionner les séjours de la CM15 avec pour âge d'entrée = 0 jour, et mode d'entrée = différent de transfert/mutation.

Sur la base 2022, on trouve :

	Public	Privé	Total
Mode d'entrée = 0 : prestation interétablissements	487	4	491
Mode d'entrée = 8 ou N	585 763	141 140	726 903
Et si on exclut les transferts, les décès précoces ou tardifs et les mort-nés	570 452	138 578	709 030

Les chiffres obtenus sont plus cohérents avec ceux des accouchements par voie basse et césarienne, une fois retranché le nombre de mort-nés.

	Public	Privé	Total
Total des accouchements par voie basse et césarienne	575 807	142 268	718 075
Total des accouchements par voie basse et césarienne avec mort-né	5 392	516	5 908
Total des accouchements avec enfant vivant	570 415	141 752	712 170

Les transferts et mutations

On retient les codes mode de sortie = 6 (mutation) ou 7 (transfert).

On trouve 25 243 séjours avec l'un de ces modes de sortie, dont 5 220 étaient déjà entrés par transfert ou mutation. Il reste donc 20 023 enfants nés « sur place » et qui sortent par transfert, toujours vers une structure de court séjour.

Cependant, seuls 11 880 séjours sont groupés dans le GHM dédié « 15M02Z : Transfert précoce de nouveau-né vers un autre établissement MCO », que la classification PMSI réserve aux séjours dont la durée est inférieure à 4 jours. (9 809 viennent d'établissements de santé publics et 2 071 d'établissements de santé privés). 90% de ces transférés précoces le sont le jour même de la naissance.

Pour ces séjours, le diagnostic principal n'explique la raison du transfert que dans moins de la moitié des cas, le codage « standard » « Z380 enfant unique né à l'hôpital » étant privilégié.

Lorsqu'un diagnostic explicatif du transfert est codé, il s'agit d'un code de « détresse respiratoire » dans 25 % des cas en public et 16 % des cas en privé, ou d'un code descriptif de prématurité (faible poids, immaturité...) dans 15 % des cas en public et 9 % des cas en privé.

Le poids moyen des enfants transférés est de 2 685 grammes, masquant de très grandes disparités.

Tous les établissements de santé ayant développé une activité de maternité en 2022 ont procédé au moins une fois dans l'année à un transfert, avec en moyenne 43 transferts par établissement.

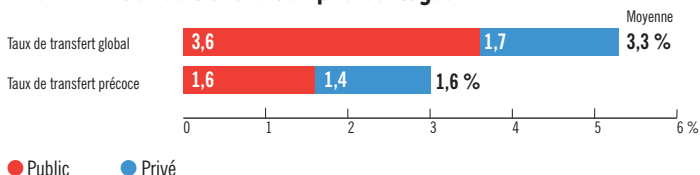
Sur l'ensemble des transferts précoces, 17,4 % (2 071 sur 11 880) viennent d'un établissement privé, c'est-à-dire un taux inférieur à l'activité obstétricale du secteur.

Sur l'ensemble des transferts, quel qu'en soit le délai, le taux de transfert « global » est plus du double en secteur public qu'en secteur privé (3,6 % contre 1,7 %), alors que les deux secteurs ont un taux voisin de transfert précoce (1,6 % et 1,4 %).

TABLEAU 12. **Taux de transfert**

	Public	Privé	Total
Nb de RSA de nouveau-nés	607 994	143 565	751 559
Nb de transferts	21 929	2 503	24 432
Nb de transferts < 4 j	9 765	2 071	11 836

FIGURE 46. **Taux de transfert en pourcentages**



Les établissements de santé enregistrant les plus forts taux de sortie par transfert (> 10 %) sont au nombre de 10, tous publics, dont 5 sont des CHU, qui renvoient à l'établissement adresseur les nouveau-nés après prise en charge spécialisée.

La destination du transfert est un établissement de santé MCO dans 83 % des cas : 93 % en privé et 82 % en public. L'hospitalisation à domicile recueille 13 % des sorties par transfert : 14 % en public et 5 % en privé.

On observe également que dans les 24 493 sorties par transfert, 5 139 cas avaient fait l'objet d'une entrée par transfert, soit 21 %, et avaient été adressés à des CHU dans 62 % des cas (3 189 sur 5 139). Ces chiffres confirment que les transferts sont souvent justifiés par la nécessité de recourir à des unités de néonatalogie de type 2 ou 3.

Les informations issues du numéro de chainage des séjours pour les nouveau-nés

Cette analyse est plus complexe que pour les mères en raison du statut particulier du nouveau-né qui n'a jamais fait l'objet d'une admission « administrative » dans l'établissement.

Le système d'information de l'établissement doit être capable de produire un résumé de séjour en l'absence d'ouverture de dossier administratif.

D'où les erreurs plus fréquentes sur les résumés standardisés anonymisés (RSA) de nouveau-nés que sur l'ensemble de la base :

- il y a 752 383 enregistrements de RSA de nouveau-nés en 2022 dans les racines de GHM étudiées mais seulement 720 128 RSA ont un NIR ANO avec code retour sans erreur (0000000), soit au taux d'exactitude de 95,71 % ;
- alors que dans la base nationale MCO totale 2022 ces mêmes taux sont de : 98,55 % en secteur public et de 99,97 % en secteur privé ;
- sur ces 720 128 RSA, on trouve 694 558 identifiants anonymes différents dont 23 864 identifiants anonymisés sont retrouvés chacun plus d'une fois et 670 695 identifiants n'ont eu qu'un seul séjour, soit 96,6 % des nouveau-nés n'ont pas d'autre séjour que le séjour de leur naissance ;
- 19 673 identifiants ont eu 2 séjours chacun, soit 2,8 % des séjours de la base étudiée ;
- une analyse au cas par cas a permis d'identifier des nouveau-nés ayant eu jusqu'à 5 hospitalisations consécutives, sur plusieurs mois. Il s'agit toujours de très grande prématurité ayant nécessité un « élevage » prolongé, plus ou moins émaillé de complications, et justifiant des transferts dans des maternités de type 3 ;
- un code totalement inexploitable est retrouvé 3 930 fois : il peut s'agir soit d'accouchement sous X (mais on a vu que les

mères accouchant sous X sont moins d'une centaine) ou plus vraisemblablement d'un numéro de sécurité sociale manquant ou erroné. Ces séjours sont produits par 80 établissements de santé différents, tous publics, et les 10 premiers d'entre eux produisent 90 % de la totalité de ces NIR ANO en erreur.

La mortalité néonatale

Ici encore, nous ne parlerons pas de mortalité néonatale au sens des indicateurs épidémiologiques internationaux, qui distinguent les mort-nés, des enfants nés vivants et décédés secondairement. Les 752 383 séjours enregistrés en CM15 en 2022 correspondent en fait à : 732 264 enfants nés vivants et 20 118 enfants transférés ou décédés, dont les séjours sont affectés systématiquement par la fonction groupage du PMSI à l'un des GHM suivants : GHM 15M02Z transferts précoces de nouveau-nés, 15M03E décès précoces de nouveau-nés (moins de 4 jours), 15M04Z décès tardifs de nouveau-nés (plus de 3 jours) et 15Z10E mort-nés. Et nous avons également tenu compte des décès après chirurgie, groupés en CM15.

TABLEAU 13. Taux de mortalité néonatale de 2019 à 2022

	2019			2020			2021			2022		
	Public	Privé	Total	Public	Privé	Total	Public	Privé	Total	Public	Privé	Total
15M03E (décès précoces)	1 091	54	1 145	982	58	1 040	1 054	38	1 092	1 088	34	1 122
15M04E (décès tardifs)	814	1	815	823	2	825	818	3	821	825	2	827
15Z10E (mort-nés)	5 664	583	6 247	5 773	617	6 390	5 860	601	6 461	5 781	508	6 289
Sous total	7 569	638	8 207	7 578	677	8 255	7 732	642	8 374	7 694	544	8 238
Décès après chirurgie	189	0	189	185	0	185	198	0	198	216	0	216
Total	7 758	638	8 396	7 763	677	8 440	7 930	642	8 572	7 910	544	8 454
Nb total de naissances	600 798	159 757	760 555	585 306	157 165	742 471	593 625	154 776	748 401	571 395	155 297	726 692
Taux de mortalité néonatale	1,29 %	0,40 %	1,10 %	1,33 %	0,43 %	1,14 %	1,34 %	0,41 %	1,15 %	1,38 %	0,35 %	1,16 %

Parmi les mort-nés, ce sont les garçons qui payent un plus lourd tribut : 52,75 % de garçons en tout : 52,58 % en public et 54,72 % en privé en 2022, alors qu'ils ne représentent que 51,2% des naissances.

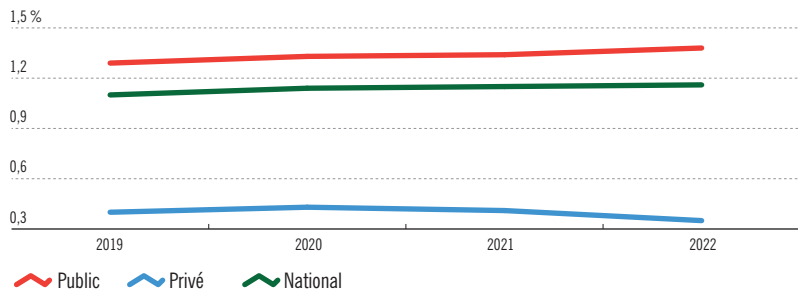
TABLEAU 14. **Sexe des enfants décédés (2022)**

	Public	Privé	Total
Garçons	3 040	278	3 318
Filles	2 741	230	2 971
Total	5 781	508	6 289

Sur les décès de 2022 (à la fois précoces et tardifs, au nombre total de 1 949) : 92 % (1 790) ont eu lieu le jour de la naissance et 8 % (159) de 1 à 139 jours après.

Parmi les 1 913 décédés en secteur public, 1 278 l'ont été en CHU.

FIGURE 47. **Taux de mortalité néonatale, en %**



Le taux national de mortalité néonatale marque une progression très faible mais constante sur les 4 dernières années, alors que celui enregistré en secteur privé s'infléchit très légèrement.

Ces chiffres sont en cohérence avec ceux de l'étude de la DREES sur la mortalité périnatale de 2014 à 2019.

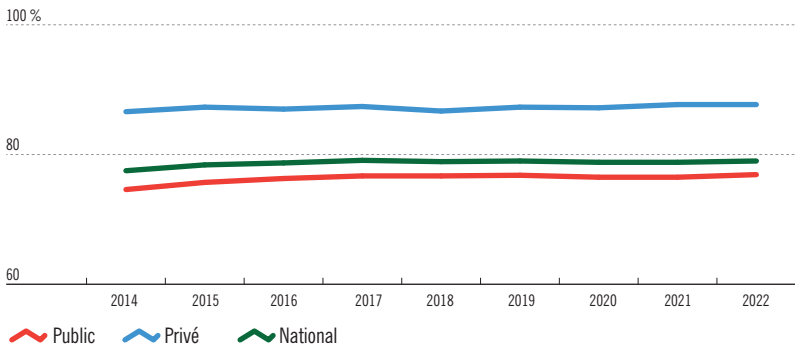
ÉVOLUTION DE QUELQUES TECHNIQUES PARTICULIÈRES EN RAPPORT AVEC L'ACTIVITÉ OBSTÉTRICALE

Grâce au codage des actes CCAM, quelquefois très précis, il est possible de suivre l'évolution des pratiques

L'ANESTHÉSIE PÉRIDURALE

Elle n'est rapportée qu'au nombre d'accouchements par voie basse, conformément au libellé de l'acte CCAM, la césarienne donnant toujours lieu à anesthésie, quelle qu'en soit la modalité, avec un codage différent.

FIGURE 48. Évolution de l'anesthésie péridurale au cours des accouchements par voie basse



La pratique de l'anesthésie péridurale étant maintenant bien répandue, elle ne progresse plus beaucoup, même s'il persiste un volume non négligeable d'accouchements par voie basse qui n'en bénéficient pas, sans doute en raison d'un accouchement trop rapide.

Si on focalise sur les situations les plus fréquentes (accouchement unique par voie basse chez une primipare ou accouchement unique par voie basse chez une multipare), la parturiente primipare bénéficie plus souvent d'une anesthésie péridurale que la multipare :

- 87 % dans le public et 85 % dans le privé pour la parturiente primipare ;
- 73 % dans le public et 74 % dans le privé pour la parturiente multipare.

LES ÉPISIOTOMIES

Historiquement très fréquentes, elles font l'objet d'un rejet massif, d'apparition récente, de la part des parturientes.

FIGURE 49. **Évolution des épisiotomies en nombre d'actes**

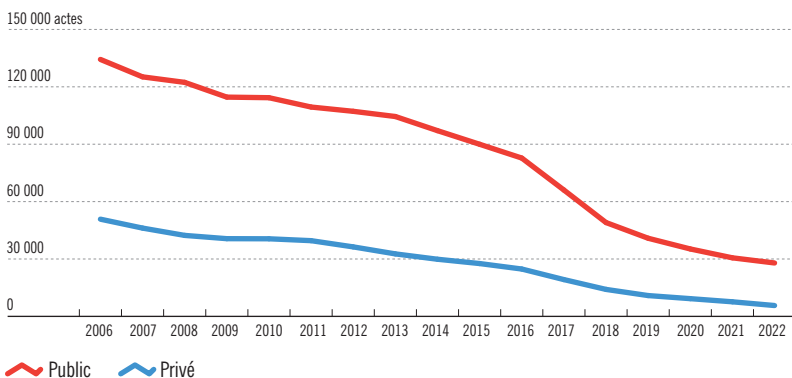
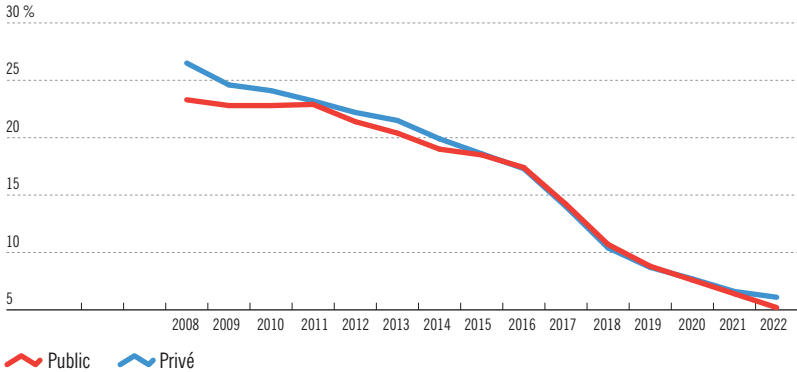


FIGURE 50. Évolution des épisiotomies en pourcentage du nombre d'accouchements par voie basse



Les pratiques ont donc évolué de façon spectaculaire puisque leur fréquence, presque identique dans les deux secteurs, est passée d'environ 25 % à près de 5 % en 15 ans. Mais cette évolution a eu un prix, mesuré sur la fréquence des actes de suture immédiate de déchirure obstétricale du périnée.

SUTURES IMMÉDIATES DE DÉCHIRURE OBSTÉTRICALE DU PÉRINÉE

FIGURE 51. Évolution du nombre de sutures immédiates de déchirure obstétricale du périnée

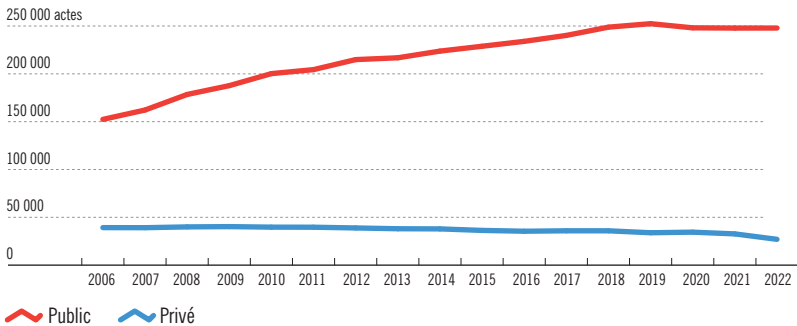
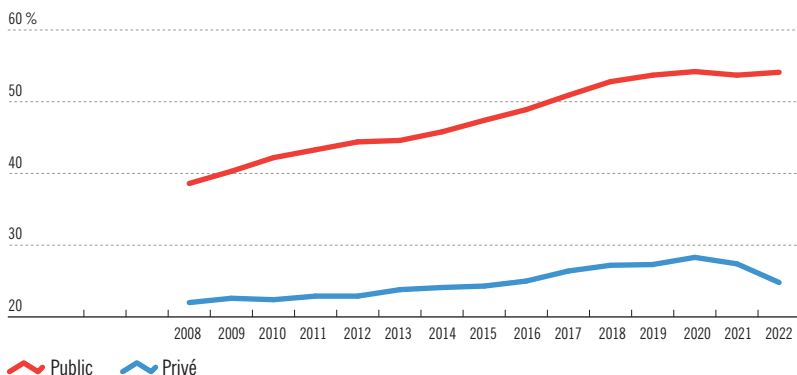


FIGURE 52. Évolution des sutures immédiates de déchirure obstétricale du périnée, en pourcentage des accouchements voie basse



Si la progression de la fréquence de cet acte est restée modérée en secteur privé (de 22 % à 25 %), il n'en n'est pas de même en secteur public où elle est passée de 38 % à 54 %. On peut craindre que les conséquences à long terme de la déchirure périnéale soient plus incommodes que celles de l'épisiotomie.

LES GESTES EN LIEN AVEC L'HÉMORRAGIE DU POST-PARTUM

FIGURE 53. Évolution des gestes chirurgicaux pour hémorragie du post-partum

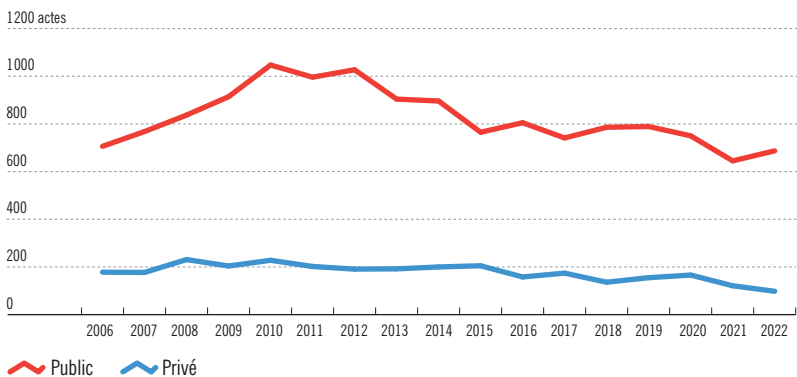
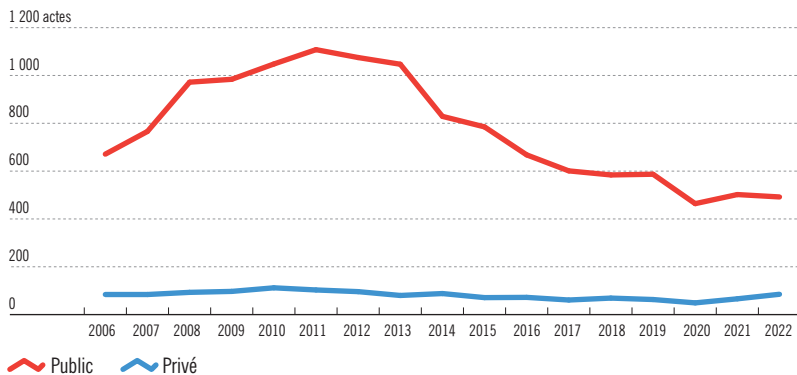


FIGURE 54. Évolution des embolisations pour hémorragie du post-partum



Les embolisations d'artères utérines par voie artérielle transcutanée à l'occasion d'une hémorragie du post-partum ont donné lieu à de nombreux débats, mais les chiffres montrent que le recours à ces techniques n'a pas poursuivi le développement observé dans les années 2010-2012.

Comme dans le même temps, la fréquence des gestes chirurgicaux correspondants (hystérectomie d'hémostase ou ligature des pédicules vasculaires de l'utérus par laparotomie), s'est également réduite, on peut espérer que les complications hémorragiques de l'accouchement sont plus rares.

LES ACTIVITÉS QUI CONCOURENT À L'OBSTÉTRIQUE

La chirurgie de stérilisation

FIGURE 55. Évolution de la ligature des trompes chez la femme

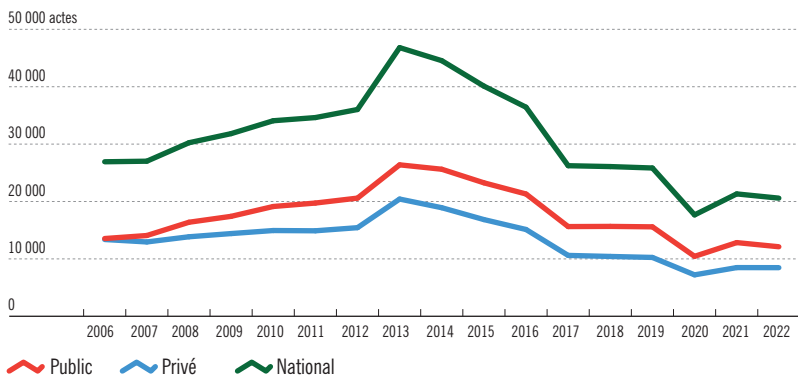
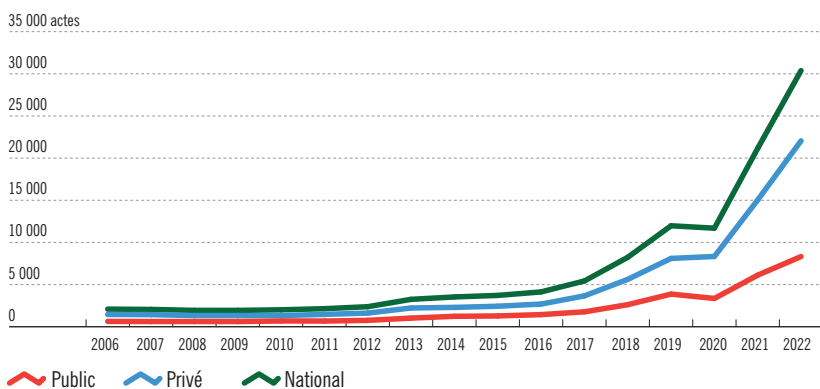


FIGURE 56. Évolution de la vasectomie chez l'homme



En 2022, et pour la première fois, le nombre d'actes chirurgicaux devant permettre une contraception définitive chez l'homme (30 000 en 2022) a dépassé le nombre d'actes chirurgicaux

devant permettre une contraception définitive chez la femme (20 500 en 2022).

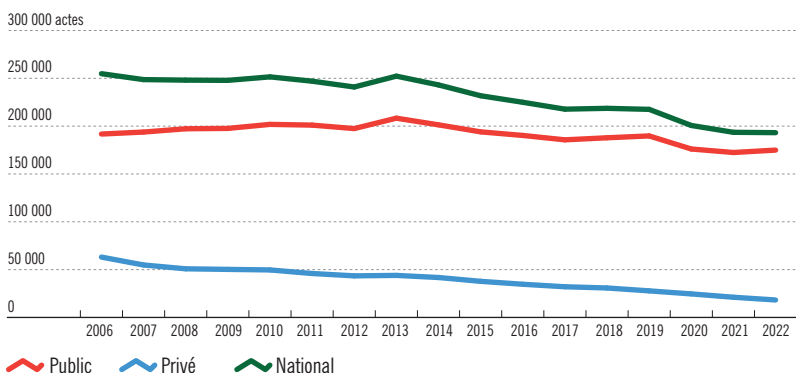
Le bureau d'étude EPI PHARE, créé par l'ANSM et la CNAM, a publié en février 2024 une étude corroborant cette observation.

Les IVG

Le recensement des IVG est délicat en raison de l'imprécision des codes CCAM et des diversités de situations médicales.

Si on se fie au PMSI et donc aux actes CCAM qui ne font pas la différence entre interruption volontaire ou pour motif médical, l'évolution est la suivante.

FIGURE 57. Évolution des IVG



Après une période de stabilité autour de 250 000 IVG annuelles jusqu'en 2011, on observe une diminution régulière, surtout marquée dans le secteur privé, dont la part dans l'activité totale est passée de 25 % en 2006 à moins de 10 % en 2022. Mais il est vrai que l'introduction de la procédure d'IVG médicamenteuse a complètement bouleversé les pratiques. D'ailleurs les chiffres de SAE sont tellement différents que le doute est permis.

Et si on fait confiance à SAE on trouve, au plan national :

	2018	2019	2020	2021	2022
Nombre total	169 068	168 044	159 128	151 124	154 177
Dont IVG médicamenteuses	100 419	100 534	98 254	94 463	95 340
Dont motif médical	6 651	6 345	7 889	8 134	491

La Procréation médicalement assistée (PMA)

On peut s'interroger sur l'éventuel impact d'une activité de PMA sur l'évolution de l'activité obstétricale d'un établissement.

Pour décrire l'activité de PMA, on ne peut pas identifier dans les bases de données dont nous disposons le nombre de naissances ayant bénéficié d'une assistance à la procréation.

On ne peut que recenser :

→ grâce au PMSI (GHM) et à la CCAM (actes) :

- le nombre de prélèvements d'ovocytes, car il existe un GHM dédié ;
- le nombre de transferts embryonnaires, mais la plus grande partie d'entre eux se font en « consultation externe » donc sans enregistrement dans le PMSI ;

→ grâce à SAE :

- la déclaration faite par les établissements assurant qu'ils disposent d'une autorisation d'activité de PMA ;
- le nombre de patientes différentes suivies dans l'année pour PMA.

Ainsi, aucune de ces informations ne permet de connaître le nombre d'actes de procréation médicalement assistée ayant abouti à une naissance. Néanmoins nous avons tenté une description « approchée ».

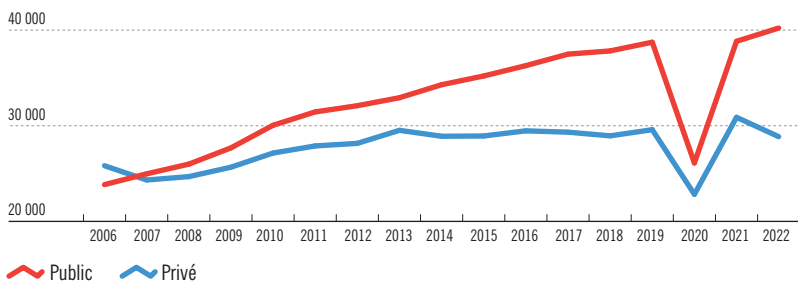
Les prélèvements d'ovocytes

Ils sont en croissance régulière et continue, mais ont beaucoup souffert de la « crise covid ».

Le secteur privé qui assurait la moitié de l'activité nationale avant 2008, en produit toujours 42 %, c'est-à-dire que la diminution de part de marché du secteur privé est beaucoup moins importante sur cette « niche » particulière que sur l'ensemble de l'activité obstétricale.

FIGURE 58. **Prélevement d'ovocytes de 2006 à 2022**

50 000 actes



La PMA selon la SAE

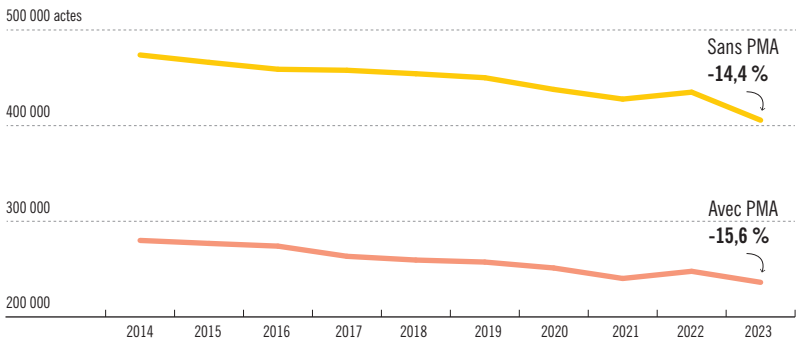
Dans SAE 2022, 108 établissements ont déclaré une autorisation de PMA et un suivi de 47 964 patientes différentes. Par contre, 7 d'entre eux n'ont déclaré aucune patiente suivie. 10 établissements ont une autorisation de PMA et une activité déclarée mais n'ont pas de maternité (aucun accouchement enregistré dans la base PMSI).

Enfin, ces déclarations sont faites par établissement géographique et non juridique, si bien qu'on retrouve, cette fois encore, l'AP-HP sous 8 identités différentes, et certains CHU sous 2 enregistrements. Au total et pour faire le lien avec le PMSI, on identifie 78 établissements juridiques différents ayant à la fois une maternité et une activité de PMA autorisée et déclarée dans SAE.

Établissements ayant une activité de PMA déclarée dans SAE	Public	Privé	Total
Maternité de type 1	3	10	13
Maternité de type 2	11	23	34
Maternité de type 3	31		31
Total	45	33	78
Nombre moyen d'accouchements par maternité avec PMA	1 597	3 432	

On a reconstitué, pour les 10 années pour lesquelles l'accès aux données détaillées est possible (de 2014 à 2023), le nombre d'accouchements par an et par établissement « constant » dans la base PMSI, c'est-à-dire présent sous le même numéro FINESS sur les 10 années.

FIGURE 59. Évolution de l'activité des maternités en fonction de l'autorisation de PMA



Ainsi, le fait de développer une activité de PMA ne « protège pas » contre l'érosion de la natalité constatée dans tous les secteurs.

CONCLUSION

1. L'élément majeur apparaissant dans cette étude est la baisse de la natalité en France, amorcée dès 2011, sur une tendance baissière régulière voisine de 1 à 2 % par an et qui a subi un choc spectaculaire au cours de l'année 2023, avec une régression de près de 7 % pour cette seule année. En conséquence, le nombre d'accouchements et de naissances a reculé de 17 % sur la période 2008-2023. Cette régression a été essentiellement portée par le secteur privé dont les chiffres sont en recul de 47 % ; le secteur public, bénéficiant du transfert de l'activité privée, n'a enregistré qu'un faible recul. La diminution a été plus marquée sur les accouchements par voie basse (-18,2 %) par rapport aux césariennes dont la régression n'est « que » de 12,3 %. Ce différentiel entraîne une augmentation du taux de césarienne, qui reste cependant nettement inférieur à celui des pays de l'OCDE.

2. En termes de part de marché, le secteur privé est passé de 28 % à 18 % de l'activité d'obstétrique en France.

- L'activité obstétricale des cliniques privées n'est plus représentée dans 43 départements, et la seule région dans laquelle le secteur privé conserve une place importante est l'Occitanie (39 % des naissances).
- En termes de nombre d'établissements, le secteur privé a perdu 26 % de ses structures depuis 2013, et même 36 % depuis 2008, ce qui témoigne d'un mouvement engagé de longue date et antérieur à la baisse de la natalité. Dans le même temps, le secteur public ne perdait « que » 7 % de ses établissements. Il est vrai cependant que ces fermetures d'établissements se sont souvent faites au profit de la création d'entités plus grandes et plus à même de garantir une meilleure qualité et la continuité des soins.
- En termes d'éloignement des structures, 83,7 % des enfants de 2022 sont nés dans une maternité située dans leur département de résidence : 86,5 % pour les cliniques privées contre 76,1 % pour les CHU qui recrutent plus largement.

3. L'analyse par niveau d'autorisation des structures témoigne des profondes restructurations intervenues au cours des 10 dernières années.

- Le secteur privé a perdu 40 maternités de type 1 mais en a gagné 5 de type 2 en procédant à des regroupements, tandis que le secteur public a élargi son offre de centres périnataux de proximité, mais en réduisant son offre de structures de type 1.
- 51 % de la totalité de l'activité d'obstétrique en France est produite par des maternités de type 2, celles de type 3 assurant un petit tiers (32,3 %) de l'activité nationale et celle de type 1 uniquement 16 %.
- Au sein de ces catégories, le secteur privé réalise 36 % de l'activité des maternités de type 1 et près de 23 % de celle des maternités de type 2.
- À niveau égal, chaque maternité privée a une activité moyenne plus importante en nombre de séjours que son équivalent en secteur public.
- Malgré la réduction du nombre d'établissements et du nombre de lits, la capacité restante doit permettre de répondre aux besoins en l'état actuel de la natalité en France. Cependant, nous pouvons nous interroger si nous retrouvons le niveau de 800 000 naissances par an.

4. L'analyse médicale des informations PMSI des parturientes et des nouveau-nés met en évidence de nombreux points.

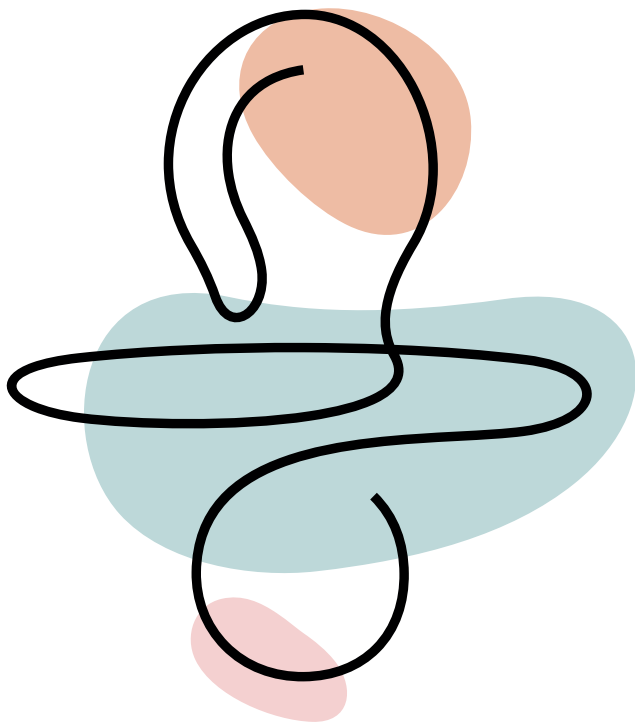
- Pour les parturientes :
 - une augmentation lente mais constante de l'âge moyen des parturientes et de l'âge auquel les femmes mettent au monde leur 1^{er} enfant, et un différentiel d'âge constant entre secteurs et entre césariennes et accouchements par voie basse ;
 - une durée moyenne de séjour en diminution lente mais constante. La différence entre secteurs est extrêmement faible pour les accouchements par voie basse, et de l'ordre de 1 jour pour les césariennes ;
 - l'entrée par les urgences concerne 34 % des parturientes et le retour à domicile est le cas pour 98,9 % d'entre elles ; le transfert vers un court séjour (0,7 %) ou l'HAD (0,3 %) étant plus rare ;

- un passage en surveillance continue est retrouvé pour 1,9 % de celles ayant bénéficié d'une césarienne, et de 0,18 % de celles ayant accouché par voie basse ;
 - 42,8 % des accouchées sont des primipares (42,4 % en public et 44,2 % en privé), et les grossesses multiples concernent 1,58 % des prises en charge ;
 - en cas de césarienne, la chirurgie est non programmée dans 60 % des cas en privé, et 70 % en public ;
 - bien que ce taux ne doive pas être confondu avec le taux de mortalité maternelle de l'OMS, on observe un décès maternel dans 5 cas pour 100 000 accouchements au cours des dernières années, dont les 2/3 surviennent après une césarienne.
- Pour les nouveau-nés :
- les garçons représentent un peu plus de 51 % des nouveau-nés ;
 - un peu moins de 10 % des nouveau-nés relèvent de prises en charge en unité de néonatalogie, 3,5 % de soins intensifs en néonatalogie et moins de 2 % de réanimation néonatale ;
 - un transfert précoce (avant le 4^e jour) du nouveau-né vers une autre structure de court séjour intéresse 1,6 % des nouveau-nés ;
 - les motifs de transfert ou de réhospitalisation du nouveau-né sont le plus souvent la prématurité ou la détresse respiratoire ;
 - le taux de décès (à la fois mort-nés et décès précoces) marque une très discrète progression au cours des dernières années ;

5. L'évolution de la fréquence de certains actes chirurgicaux témoigne de phénomènes de société, et de progrès techniques.

- Amélioration du confort de la parturiente grâce à l'anesthésie péridurale qui est à présent bien installée dans les pratiques.
- La contestation « sociétale » de l'épisiotomie a entraîné une réduction rapide de sa fréquence, mais le prix à payer en est l'augmentation des sutures immédiates des déchirures obstétricales du périnée.
- La radiologie interventionnelle ne s'est pas emparée de la prise en charge des hémorragies du post-partum.
- Le développement exponentiel de la vasectomie, devenue plus fréquente que la ligature tubaire.

Il reste que la baisse de la natalité, avec son accélération spectaculaire en 2023, mérite une analyse autre que strictement médicale.



ANTI-JARGON

ANO	Anonyme
AP-HP	Assistance Publique-Hôpitaux de Paris
ATIH	Agence technique de l'information sur l'hospitalisation
CCAM	Classification commune des actes médicaux
CM	Catégorie majeure
CMA	Complication et morbidité associées
CPNP	Centre périnatal de proximité
DGF	Dotation globale de fonctionnement
DMS	Durée moyenne de séjour
ESPIC	Établissement de santé privé d'intérêt collectif
GHM	Groupe homogène de malades
HAD	Hospitalisation à domicile
INED	Institut national d'études démographiques
NIR	Numéro d'inscription au répertoire national d'identification des personnes physiques
OCDE	Organisation de coopération et de développement économiques
OQN	Objectif quantifié national
PMA	Procréation médicale assistée
PMSI	Programme de médicalisation des systèmes d'information
RSA	Résumé de sortie anonyme
RUM	Résumé d'unité médicale
SAE	Statistique annuelle des établissements

Publication éditée par la FHP-MCO, juin 2024

Enquête réalisée par la FHP-MCO, Dr Michèle Brami et Thibault Georgin

Rédaction : Dr Michèle Brami, médecin conseil FHP-MCO et BVM communication

Conception graphique et réalisation : BVM communication. Crédits : © iStock

MATERNITÉ ÉTAT DES LIEUX DE L'ACTIVITÉ OBSTÉTRIQUE

2008-2023



Syndicat national
des 540 établissements de santé
privés exerçant une activité
en médecine, chirurgie, obstétrique
(MCO)

FHP-MCO
106, rue d'Amsterdam
75009 Paris
www.fhpmco.fr