

4. SERVICES DE SANTÉ

4.8. Césariennes

Les taux d'accouchement par césarienne ont augmenté dans tous les pays de l'OCDE au cours des dernières décennies. Cette augmentation s'explique, entre autres, par la réduction du risque de l'accouchement par césarienne, par les préoccupations relatives à la responsabilité pour faute médicale, par la commodité de la programmation pour les médecins et pour les patientes et par les changements de la relation médecin-patiente. Néanmoins, l'accouchement par césarienne reste une cause de mortalité maternelle accrue, de morbidité maternelle et infantile et de complications accrues pour les accouchements ultérieurs (Minkoff et Chervenak, 2003; Bewley et Cockburn, 2002; Villar et al., 2006). Ces préoccupations, auxquelles s'ajoute le coût financier plus élevé, soulèvent la question de savoir si les coûts de l'accouchement par césarienne ne sont pas supérieurs à ses avantages.

En 2007, le taux de césariennes était très variable d'un pays de l'OCDE à l'autre (graphique 4.8.1), variant de 14 % aux Pays-Bas à près de 40 % en Italie et au Mexique. On observait aussi des taux élevés (30 % ou plus) en Turquie, Corée, Portugal, États-Unis, Hongrie, Australie et Suisse. Le taux moyen dans les pays de l'OCDE était de 26 %. Aux Pays-Bas, où les naissances à la maison demeurent une option fréquente pour les accouchements à faible risque, 30 % des naissances ont eu lieu à la maison en 2004 (Euro-Peristat, 2008).

L'augmentation des taux de césariennes a ralenti ou s'est même inversée dans certains pays de l'OCDE durant la décennie 90, à la suite de changements des pratiques obstétricales, notamment les tentatives d'accouchement vaginal après césarienne afin de réduire le nombre de césariennes répétées (Lagrew et Adashek, 1998). Toutefois, les taux de césariennes ont vite repris leur tendance à la hausse, pour une part en raison de complications signalées concernant des tentatives d'accouchement vaginal après césarienne et de la poursuite de l'évolution des préférences des patientes (Sachs et al., 1999). D'autres tendances, comme l'augmentation des premières naissances chez les femmes relativement âgées et l'augmentation des naissances multiples résultant de la reproduction assistée, ont aussi contribué à la croissance des accouchements par césarienne.

La croissance des taux de césariennes depuis 1997 a été rapide dans la plupart des pays de l'OCDE (graphiques 4.8.2 et 4.8.3). Des taux de croissance annuels moyens de 4 % ou plus ont été enregistrés dans 12 pays de l'OCDE, avec les valeurs les plus élevées en Autriche, en République slovaque, au Luxembourg, au Danemark, en Irlande et en République tchèque. Les césariennes ont augmenté au rythme annuel de 3.9 % dans la zone de l'OCDE entre 1997 et 2007. La Finlande et l'Islande enre-

gistrent les taux de croissance les plus bas et font partie des pays ayant les taux de césariennes les plus bas en 2007.

L'augmentation continue des accouchements par césarienne n'est liée que partiellement aux changements des indications médicales. D'après une étude des tendances de l'accouchement par césarienne aux États-Unis, la proportion des césariennes « sans mention de risque » est passée de 3.7 % de l'ensemble des naissances en 1996 à 5.5 % en 2001 (Declercq et al., 2005). En France, d'après une étude de 2008 de la Fédération hospitalière de France, les taux de césariennes sont plus élevés dans les établissements du secteur privé commercial que dans ceux du secteur public, bien que ces derniers aient vocation à traiter les grossesses à risque (FHF, 2008). Une étude sur la pratique des accouchements par césarienne dans les pays d'Amérique latine à la fin de la décennie 90 constatait similairement des taux de césariennes plus élevés dans les hôpitaux privés que dans les hôpitaux publics ou de la sécurité sociale (Belizan et al., 1999).

Si l'accouchement par césarienne est évidemment nécessaire dans certaines circonstances, ses avantages par rapport à l'accouchement vaginal pour les accouchements normaux sans complications restent une question débattue. Les associations professionnelles d'obstétriciens et de gynécologues dans des pays comme le Canada encouragent maintenant la promotion de l'accouchement normal sans interventions telles que les césariennes (Society of Obstetricians and Gynaecologists of Canada et al., 2008).

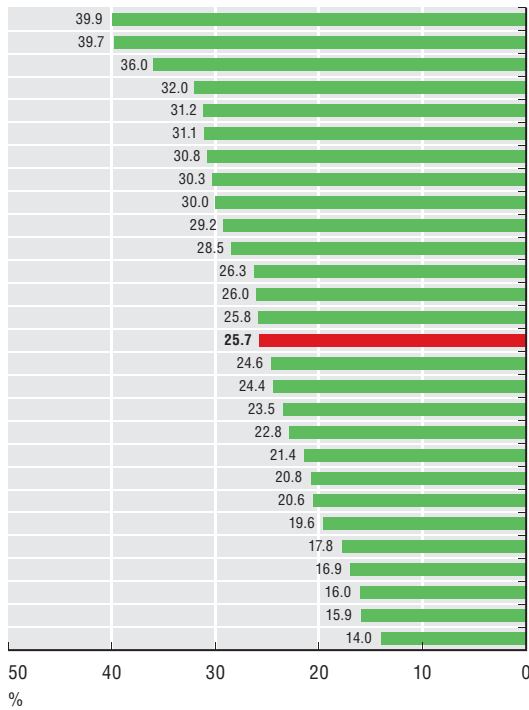
Définition et écarts

Le taux de césariennes est le nombre de césariennes pratiquées pour 100 naissances vivantes.

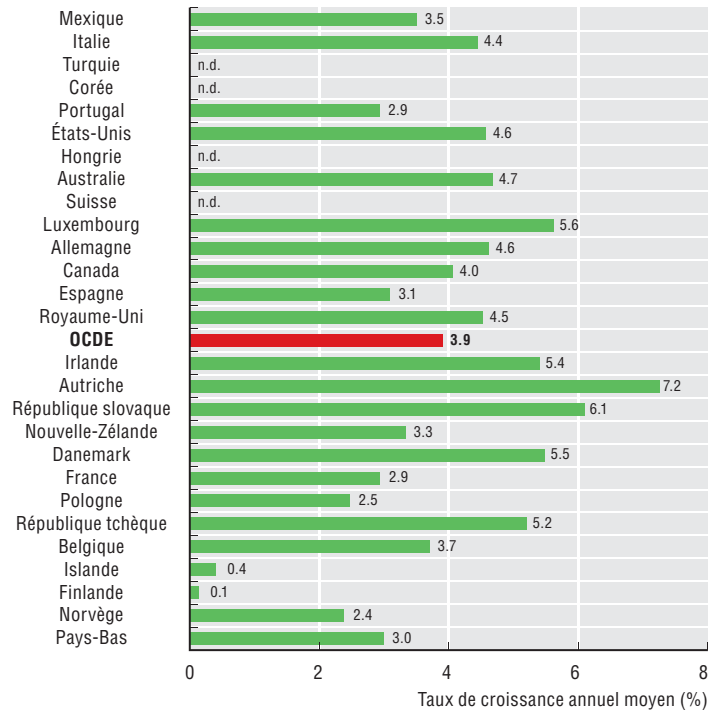
Au Portugal, le dénominateur correspond uniquement au nombre de naissances vivantes enregistrées dans les hôpitaux publics du continent (d'où une surestimation du taux de césariennes).

Au Mexique, le nombre de césariennes est estimé sur la base des déclarations des hôpitaux publics et des données fournies par les Enquêtes nationales sur la santé. Une estimation est nécessaire pour corriger les omissions concernant les accouchements par césarienne dans les établissements privés. Le nombre total d'accouchements par césarienne est ensuite divisé par le nombre total de naissances vivantes tel qu'estimé par le Conseil national de la population.

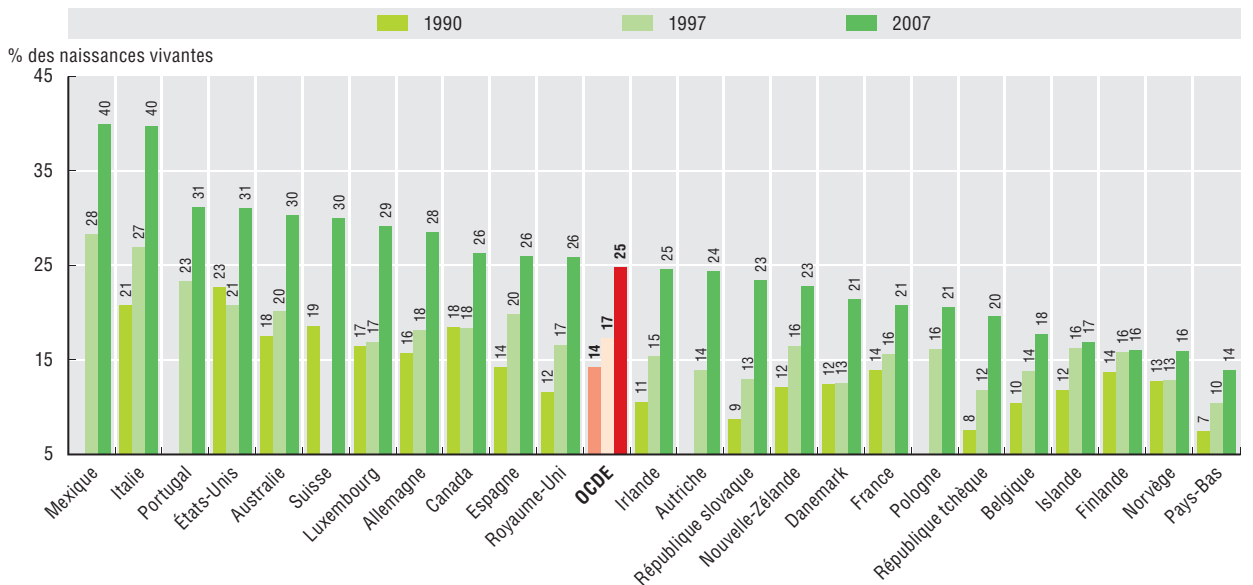
4.8.1 Césariennes pour 100 naissances vivantes, 2007 (ou dernière année disponible)



4.8.2 Augmentation des césariennes pour 100 naissances vivantes, 1997-2007 (ou année la plus proche)



4.8.3 Évolution des taux de césariennes, 1990-2007 (ou année la plus proche)



Source : Eco-Santé OCDE 2009.

StatLink <http://dx.doi.org/10.1787/722141778876>



Extrait de :
Health at a Glance 2009
OECD Indicators

Accéder à cette publication :
https://doi.org/10.1787/health_glance-2009-en

Merci de citer ce chapitre comme suit :

OCDE (2009), « Césariennes », dans *Health at a Glance 2009 : OECD Indicators*, Éditions OCDE, Paris.

DOI: https://doi.org/10.1787/health_glance-2009-44-fr

Cet ouvrage est publié sous la responsabilité du Secrétaire général de l'OCDE. Les opinions et les arguments exprimés ici ne reflètent pas nécessairement les vues officielles des pays membres de l'OCDE.

Ce document et toute carte qu'il peut comprendre sont sans préjudice du statut de tout territoire, de la souveraineté s'exerçant sur ce dernier, du tracé des frontières et limites internationales, et du nom de tout territoire, ville ou région.

Vous êtes autorisés à copier, télécharger ou imprimer du contenu OCDE pour votre utilisation personnelle. Vous pouvez inclure des extraits des publications, des bases de données et produits multimédia de l'OCDE dans vos documents, présentations, blogs, sites Internet et matériel d'enseignement, sous réserve de faire mention de la source OCDE et du copyright. Les demandes pour usage public ou commercial ou de traduction devront être adressées à rights@oecd.org. Les demandes d'autorisation de photocopier une partie de ce contenu à des fins publiques ou commerciales peuvent être obtenues auprès du Copyright Clearance Center (CCC) info@copyright.com ou du Centre français d'exploitation du droit de copie (CFC) contact@cfcopies.com.