

Les taux d'accouchement par césarienne (en pourcentage de toutes les naissances vivantes) ont augmenté dans tous les pays de l'OCDE au cours des dernières décennies, même si récemment un petit nombre de pays ont inversé la tendance. 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 de l'accouchement pour les médecins et pour les patientes et par l'évolution de la relation médecin-patient. 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 sujets de préoccupation, auxquels s'ajoute le coût financier plus élevé (le coût moyen associé à une césarienne est au moins deux fois plus élevé que pour un accouchement normal dans nombre de pays de l'OCDE ; Koechlin et al., 2010), conduisent à s'interroger sur la pertinence de pratiquer des césariennes qui ne seraient pas nécessaires médicalement.

En 2009, les taux d'accouchement par césarienne étaient les plus faibles aux Pays-Bas (14 % des naissances vivantes), ainsi que dans de nombreux pays nordiques (Finlande, Islande, Norvège et Suède). Aux Pays-Bas, où l'accouchement à domicile est une possibilité couramment offerte aux femmes dont la grossesse n'est guère à risque, 30 % des naissances ont eu lieu à la maison en 2004 (Euro-Peristat, 2008). Parmi les pays de l'OCDE, les taux d'accouchement par césarienne étaient les plus élevés en Turquie et au Mexique (plus de 40 %), mais les taux étaient encore plus importants dans des pays non membres de l'OCDE tels que le Brésil et la Chine (graphique 4.9.1).

Sur les vingt dernières années, les taux d'accouchement par césarienne ont connu une progression rapide dans la plupart des pays de l'OCDE (graphique 4.9.2). Durant les années 1990, le rythme s'est provisoirement ralenti dans certains pays de l'OCDE (comme le Canada et les États-Unis), suite à une évolution des pratiques obstétricales, avec notamment l'accouchement vaginal après césarienne (quand une femme ayant eu antérieurement une césarienne tente d'entrer en travail pour un accouchement normal), 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, en partie en raison des complications signalées avec cette pratique et de l'évolution continue des préférences des patientes (Sachs et al., 1999). D'autres tendances, comme l'accroissement des premières naissances à un âge relativement avancé et l'augmentation des naissances multiples engendrée par les techniques de procréation assistée, ont également contribué à l'augmentation globale des accouchements par césarienne.

En moyenne dans les pays de l'OCDE, les taux d'accouchement par césarienne ont augmenté, passant de 14 % de toutes les naissances en 1990 à environ 20 % en 2000 et 26 % en 2009.

Le taux de progression depuis 2000 a été particulièrement rapide au Danemark, en République tchèque, en Pologne et en République slovaque. La Finlande et l'Islande sont les deux seuls pays de l'OCDE à avoir inversé la tendance depuis l'an 2000.

L'augmentation continue des accouchements par césarienne n'est liée que partiellement à une évolution des prescriptions médicales. Une étude de l'évolution des accouchements par césarienne aux États-Unis a montré que la proportion des césariennes « sans indication 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 à but lucratif que dans ceux du secteur public, bien que ces derniers aient vocation à traiter les grossesses à risque (FHF, 2008). De la même façon, une étude sur la pratique des accouchements par césarienne dans les pays d'Amérique latine à la fin des années 1990 constatait des taux de césariennes plus élevés dans les hôpitaux privés (Belizan et al., 1999).

Si l'accouchement par césarienne est évidemment nécessaire dans certaines circonstances, ses avantages par rapport à l'accouchement vaginal pour un accouchement normal sans complications continuent de faire débat. Dans des pays comme le Canada, les associations professionnelles d'obstétriciens et de gynécologues encouragent désormais l'accouchement normal sans intervention telle que la césarienne (Society of Obstetricians and Gynaecologists of Canada et al., 2008).

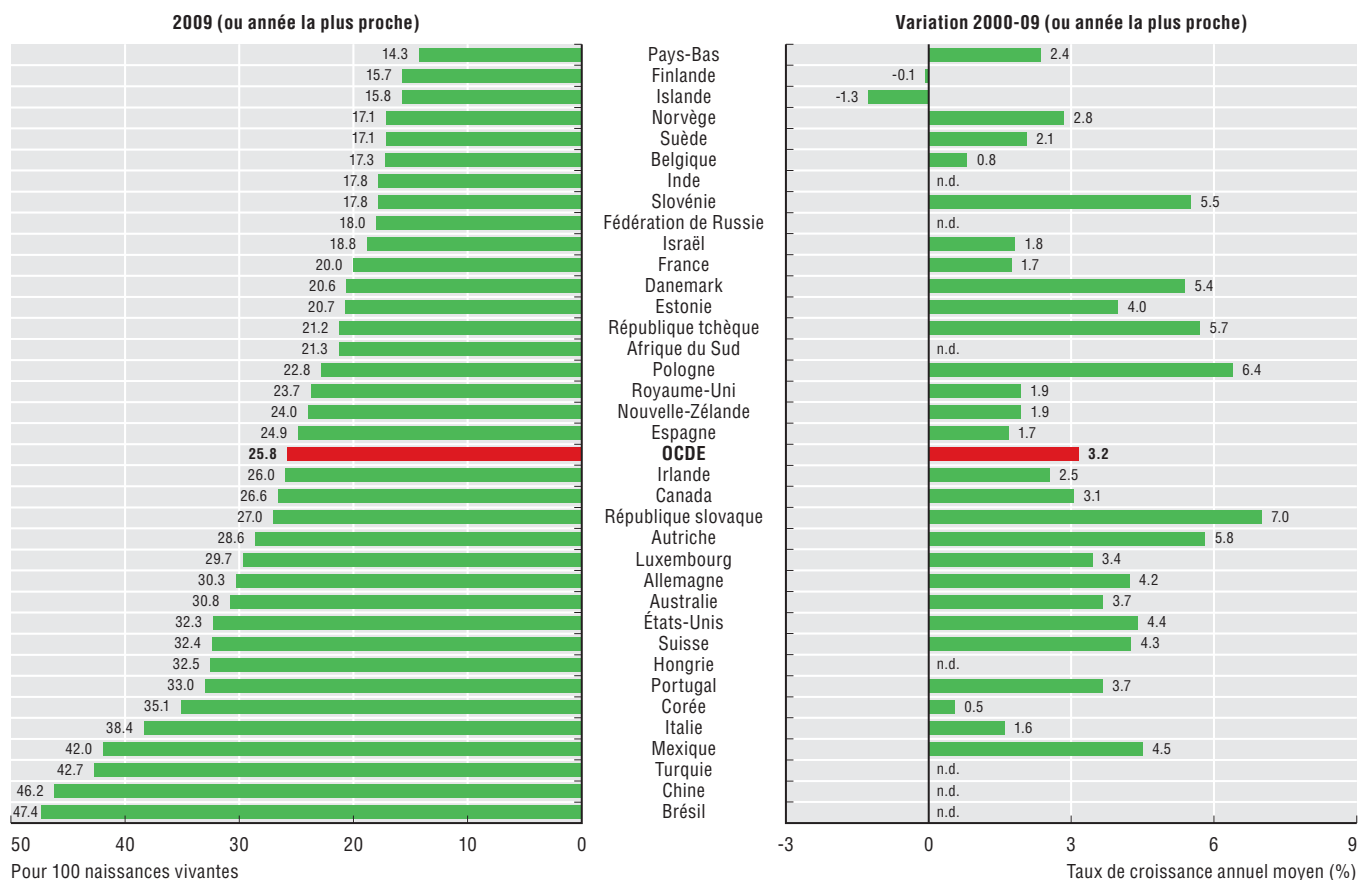
Définition et comparabilité

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 sous-déclarations d'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.

Informations sur les données concernant Israël : <http://dx.doi.org/10.1787/888932315602>.

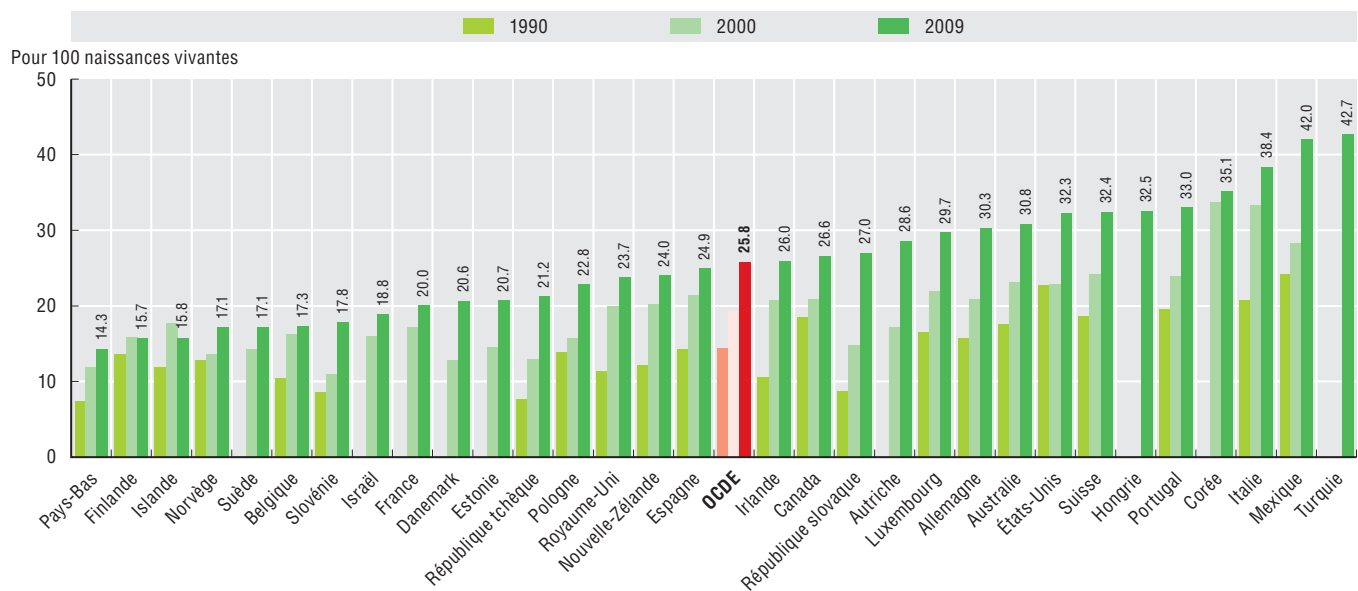
4.9.1 Césariennes pour 100 naissances vivantes, 2009 et variation 2000-09



Source : Base de données de l'OCDE sur la santé 2011; Enquête de l'OMS sur la santé maternelle et périnatale 2007-08.

StatLink <http://dx.doi.org/10.1787/888932529390>

4.9.2 Césariennes pour 100 naissances vivantes, 1990-2009 (ou année la plus proche)



Source : Base de données de l'OCDE sur la santé 2011.

StatLink <http://dx.doi.org/10.1787/888932529409>



Extrait de :
Health at a Glance 2011
OECD Indicators

Accéder à cette publication :
https://doi.org/10.1787/health_glance-2011-en

Merci de citer ce chapitre comme suit :

OCDE (2011), « Césariennes », dans *Health at a Glance 2011 : OECD Indicators*, Éditions OCDE, Paris.

DOI: https://doi.org/10.1787/health_glance-2011-37-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.