

Population & Sociétés

Trop et pas assez à la fois : le double fardeau de la césarienne

Alexandre Dumont* et Christophe Z. Guilmoto*

Quelle est la proportion d'accouchements par césarienne dans le monde ? Comment varie-t-elle d'un pays à l'autre ? Dressant un panorama mondial du taux de césarienne, Alexandre Dumont et Christophe Z. Guilmoto révèlent les écarts très importants d'un pays à l'autre, entre ceux où la césarienne est pratiquée de façon abusive et le taux est supérieur à la norme recommandée par l'OMS – entre 10 % et 15 % – et ceux où il se situe en-dessous.

La césarienne est une intervention chirurgicale qui peut prévenir efficacement la mortalité maternelle et néonatale lorsqu'elle est pratiquée pour des raisons médicales [1]. À l'échelle mondiale, les taux de césarienne ont augmenté au cours des dernières décennies. Selon des estimations récentes portant sur 150 pays, 21 % de toutes les naissances se font par césarienne, avec des moyennes allant de 1 % à 58 % selon les pays [2]. Le taux mondial de césarienne a presque triplé en un quart de siècle, passant de 6,7 % en 1990 à 19,1 % en 2014 selon les estimations de l'OMS. Au-delà d'un certain niveau, l'accroissement de la fréquence des césariennes ne s'est pas accompagné d'avantages significatifs pour la santé maternelle ou périnatale, ce qui suggère qu'une proportion croissante d'entre elles n'est pas nécessaire. Le fait de ne pas avoir accès à une césarienne en temps utile lorsque survient une complication obstétricale peut mettre en jeu la vie de la mère et de son enfant. De nombreuses femmes font face à cette situation périlleuse au cours de leur grossesse, notamment dans les pays pauvres où les systèmes de santé sont peu performants et ne répondent pas aux besoins de toutes les femmes [2]. Mais à l'inverse, la césarienne est également associée à des risques à court et à long terme pour les femmes, les enfants et les grossesses futures, ainsi qu'à des coûts de santé considérables [3]. Ces risques sont plus élevés dans les milieux où les femmes ont un accès limité à des soins obstétricaux de bonne qualité.

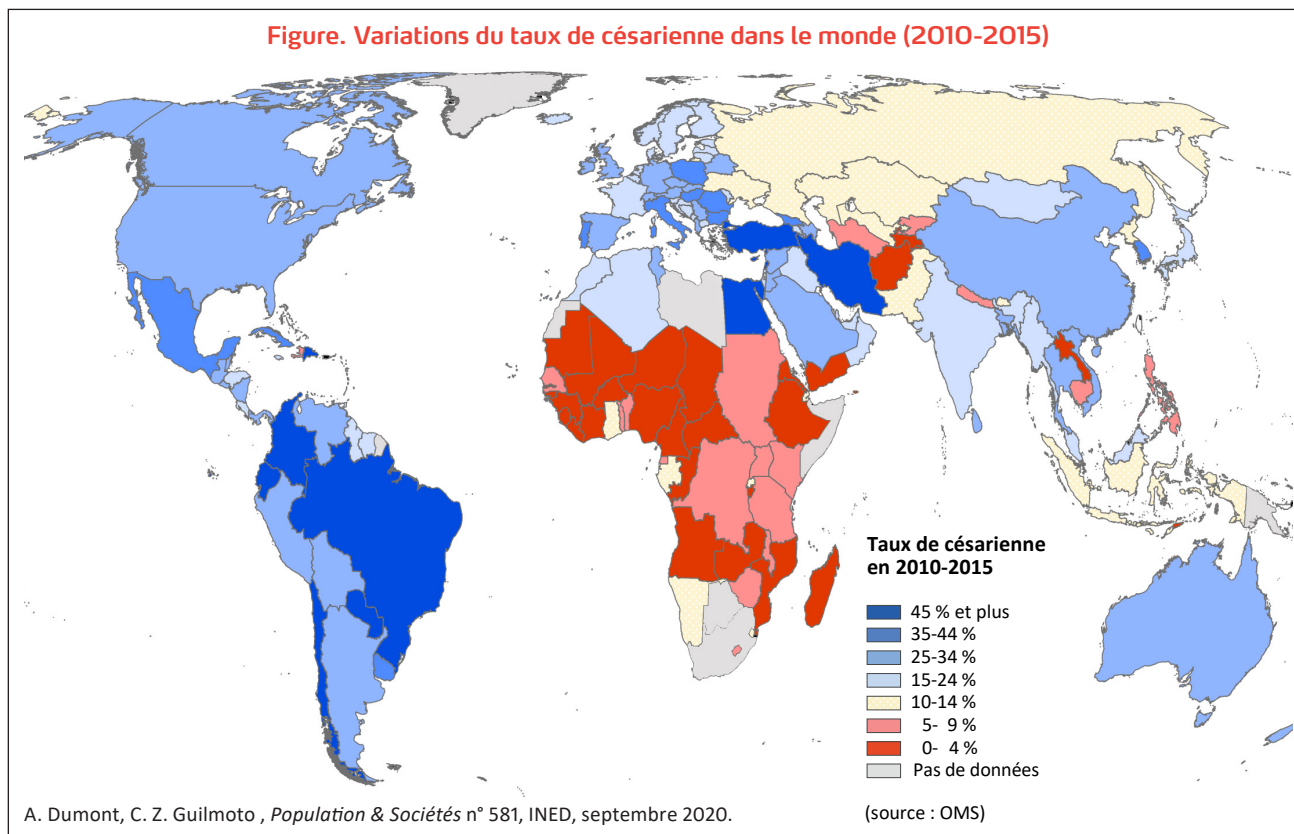
Encadré 1. Comment s'organise la lutte contre les abus de césariennes ?

Les causes de l'augmentation du taux de césarienne varient d'un pays à l'autre, et à l'intérieur d'un même pays. Plusieurs raisons peuvent se combiner : une baisse de compétence du corps médical pour qu'un accouchement potentiellement difficile se fasse quand même par voie naturelle, le confort de pouvoir programmer le jour de la naissance, ou des revenus plus élevés pour les médecins et cliniques privées en cas de césarienne. La peur de l'accouchement par voie vaginale peut également contribuer à cette « épidémie de césarienne » dans certains pays. L'augmentation soutenue des taux de césarienne est une préoccupation majeure de santé publique, et il est urgent de disposer de recommandations fondées sur des données probantes pour faire face à cette tendance.

Une récente revue de la littérature scientifique a fait le point sur les interventions susceptibles de réduire les césariennes inutiles [7]. Elles doivent cibler les professionnels de santé, les femmes et leur famille, et le système de santé. La fédération internationale de gynécologie-obstétrique préconise plusieurs pistes pour limiter l'abus de césariennes dans le monde : pratiquer un tarif unique pour les naissances, qu'elles aient lieu par césarienne ou non, obliger les hôpitaux à publier leurs statistiques, mieux informer les femmes des risques, améliorer la formation à l'accouchement naturel. Mais chaque pays doit adapter sa stratégie à son propre contexte et aux leviers possibles pour faire changer les comportements. En France, la place prépondérante des sages-femmes dans le suivi des femmes enceintes, les séances d'éducation et de préparation à l'accouchement et la revue systématique des indications de césariennes programmées par les pairs ont permis de stabiliser le taux de césarienne autour de 20 % depuis le début des années 2000. Toutefois, la situation n'est pas totalement maîtrisée car 28 % des césariennes réalisées avant travail en 2010 étaient potentiellement évitables. Les principales indications de césariennes programmées telles qu'une présentation du siège ou un antécédent de césarienne ne correspondaient pas aux recommandations du Collège national des gynécologues et obstétriciens français [8].

* Centre Population et Développement, Institut de recherche pour le développement et Université de Paris - Inserm ERL 1244.

Figure. Variations du taux de césarienne dans le monde (2010-2015)



Quel est le taux de césarienne optimal ?

L'augmentation soutenue de la fréquence des césariennes est une préoccupation globale de santé publique (encadré 1). En 1985, un groupe d'experts réunis par l'OMS a considéré que le taux de césarienne idéal se situerait entre 10 % et 15 %. Ces seuils ont fait l'objet de nombreuses critiques par la communauté scientifique et médicale internationale, mais aussi d'une utilisation inappropriée dans certains cas. Ils ne s'appliquent pas aux établissements de santé, dont la clientèle varie considérablement d'un hôpital à un autre, mais à la population générale des femmes enceintes.

L'OMS a publié en 2015 une déclaration sur les césariennes dans le monde, et a confirmé la fourchette de 10 % à 15 % comme situation optimale au niveau de la population [4]. Au-dessous de 10 %, les besoins de césarienne ne sont pas totalement couverts, ce qui peut entraîner une surmortalité maternelle et périnatale. En revanche, les taux supérieurs à 10 % dans une population n'entraînent pas de bénéfice supplémentaire en termes de réduction des taux de mortalité maternelle et néonatale, et au-delà de 15 %, le risque d'une pratique abusive est élevé.

Comment évaluer le nombre de césariennes ?

Nous utilisons dans cette analyse deux séries statistiques que nous allons combiner. La première d'entre elles représente le taux de césarienne par naissance dans la population nationale estimée par l'OMS en 2019 pour la période 2010-2015 [2]. Les chiffres ne sont toutefois

disponibles que pour 174 pays. Ils font défaut par exemple pour la Grèce, où le taux officiel de césarienne rapporté par la presse a atteint 57 % en 2017, mais également pour Taïwan (taux officiel 33 % en 2008) et l'Afrique du Sud (26 % en 2015-2016), ainsi que pour des pays dépourvus de toute autre estimation comme la Papouasie-Nouvelle-Guinée, la Libye, la Somalie ou le Botswana. La seconde série statistique provient de la Division de la population de l'ONU qui fournit le nombre moyen de naissances par pays en 2010-2015 [9]. Ce dernier chiffre, combiné au taux de césarienne, fournit les nombres estimés de césariennes par an durant cette période.

Des écarts très importants d'un pays ou d'une région à l'autre

Le taux de césarienne selon l'OMS varie de 1 % à 58 % dans le monde (figure). Vingt-huit pays enregistrent des chiffres particulièrement bas, en deçà de 5 %, et trois quarts d'entre eux se situent en Afrique subsaharienne. On observe les taux les plus faibles au Niger, au Tchad, en Éthiopie, à Madagascar et au Timor-Leste (moins de 2 %). Parmi les grands pays désavantagés, on relève le Mali (2 %), le Nigéria (3 %), l'Afghanistan (3 %) et le Congo (5 %). Les taux de naissance par césarienne s'élèvent progressivement avec le niveau de développement, et plus de cent pays dépassent la barre des 15 % prônée par l'OMS ; 43 d'entre eux enregistrent même des taux supérieurs à 30 %. Ce dernier groupe est hétérogène du point de vue géographique. Si l'on compte de nombreux pays

européens, comme Chypre (57 %), la Géorgie (41 %), la Roumanie (40 %) ou l'Italie (35 %), près de la moitié sont en Amérique latine qui a une longue histoire d'accouchements par césarienne. La République dominicaine arrive en tête avec 58 %, suivie notamment par le Brésil (55 %), le Chili (50 %) et l'Équateur (49 %). On notera également l'émergence de pays du Moyen-Orient (Turquie, Liban et Iran : 46 % à 48 % de césariennes à la naissance) et d'Asie orientale comme la Corée du Sud (39 %) ou la Chine (35 %).

Le taux de césarienne est dans l'ensemble associé au degré de développement (prosperité, éducation, fécondité basse) et à la pénétration du secteur privé dans la santé [2]. Mais ces liens n'expliquent pas les polarisations régionales comme celle déjà observée en Amérique latine. L'augmentation de la fréquence des césariennes vient aussi d'une demande pour des raisons non médicales liée aux patientes et aux praticiens [5]. À l'inverse, certains des pays les plus riches et les mieux équipés en matière de santé publique ont résisté à la poussée des césariennes, comme l'illustrent la Finlande, les Pays-Bas, la Suède et le Japon, où les taux sont inférieurs à 20 %.

Les déficits et excédents de césariennes dans le monde

Considérons les pays où les taux sont hors de la fourchette recommandée (10 % à 15 %). Nous avons estimé pour chacun d'eux le nombre annuel de césariennes en déficit ou en excédent : ainsi en Colombie, où le taux de césarienne a été estimé à 46 %, soit un excédent de 31 points par rapport à 15 %, on estime le nombre de césariennes excédentaires à 230 000 naissances, soit 31 % des 746 000 naissances annuelles au cours de la période 2010-2015. Ces 230 000 césariennes en excès représentent les deux tiers de l'ensemble des césariennes pratiquées.

Pour les pays au-dessous de 10 %, on obtient à l'échelle mondiale un déficit total de 2,1 millions de césariennes par an, représentant 6 % des naissances dans les pays en question. Les pays d'Afrique subsaharienne – Nigéria (avec un déficit de 500 000 césariennes par an), Éthiopie (260 000), Congo (150 000), Angola (70 000), etc. – contribuent de façon majeure à ce déficit global (encadré 2).

Inversement, on dénombre 11,9 millions de césariennes en excédent dans les pays qui se situent au-dessus du taux de 15 %, et ce dernier chiffre correspond à lui seul à 42 % de toutes les césariennes pratiquées dans le monde. Les pays pesant le plus lourd dans l'excès mondial de césariennes sont très divers, allant de la Chine (avec un excès de 3,5 millions de césariennes par an) au Brésil (1,2 million), en passant par l'Égypte (930 000) et les États-Unis (670 000). L'Europe et le Maghreb restent en comparaison relativement en retrait.

Alors que de nombreux pays pratiquent la césarienne à outrance, le déficit de césariennes reste considérable dans les pays pauvres, avec un effet indubitable sur les

Encadré 2. La pénurie de césariennes en Afrique de l'Ouest et centrale : situation, tendance et réponse politique

Le taux d'accouchement par césarienne était dramatiquement bas (inférieur à 1%) dans les années 1990 dans la plupart des pays d'Afrique centrale et de l'Ouest. Le coût de l'acte chirurgical et les distances à parcourir pour accéder à un hôpital expliquaient en grande partie le fait que de nombreuses femmes n'avaient pas accès à ce service. À la même période, la mortalité maternelle baissait plus lentement dans ces deux régions qu'ailleurs et elle demeure, à 7 décès pour 1 000 naissances en 2015, la plus élevée au monde.

Le taux de césarienne n'a pas évolué pendant presque deux décennies, puis a augmenté au début des années 2000, notamment dans les pays qui avaient initié des politiques de subvention des soins obstétricaux. Leur objectif était de lever la barrière financière pour faciliter l'accès aux services de santé reproductive et à la césarienne en particulier. Les femmes enceintes continuent à payer pour se faire soigner, mais elles sont en partie ou totalement exemptées du paiement de la césarienne si cette intervention est nécessaire.

Au Mali et au Sénégal, par exemple, les politiques de subvention totale de la césarienne par l'État ont été initiées en 2005 et 2006. Le taux de césarienne est passé de 1,7 % en 2006 à 2,9 % en 2012-2013 au Mali, et de 3,5 % en 2005 à 5,3 % en 2016 au Sénégal. Au Burkina Faso où la césarienne est subventionnée à 80 % depuis 2006, le taux de césarienne a augmenté de 0,7 % en 2003 à 3,7 % en 2015. Le taux de césarienne reste toutefois inférieur à 10 % dans tous les pays d'Afrique centrale et de l'Ouest, et de fortes inégalités d'accès à la césarienne persistent au sein de ces pays. Parmi les 20 % de femmes les plus pauvres, les césariennes représentent moins de 1 % des naissances dans la plupart des pays.

Alors que de nombreuses femmes africaines n'ont pas accès à la césarienne, d'autres y ont pourtant recours sans indication médicale. Une étude au Burkina Faso a montré que 24 % des césariennes réalisées dans les hôpitaux éligibles à la subvention de la césarienne n'étaient pas médicalement justifiées. Cette pratique abusive est plus fréquente dans les villes, lorsqu'elle est réalisée par du personnel peu qualifié et parmi les femmes issues des catégories sociales les plus favorisées.

risques de décès pendant et après la naissance. Cette situation, qui nécessite à la fois des efforts pour assurer l'accès à un accouchement sans risque aux populations vulnérables, et en même temps une lutte contre les abus de césariennes sans justification médicale parmi les classes moyennes, se retrouve au sein même de nombreux pays en développement comme l'Inde, l'Indonésie ou même des pays d'Afrique. Elle contraint les autorités nationales de santé publique à promouvoir la médicalisation des naissances et, en même temps, à en prévenir l'essor incontrôlé (encadré 3).

La fréquence des césariennes risque de continuer d'augmenter dans le futur

La situation en matière de césariennes est loin d'être figée dans le monde. Les taux de césarienne augmentent là où ils sont inférieurs à la moyenne, parfois très rapidement comme en Asie du Sud ou du Sud-Est. Cela reflète en particulier les premiers progrès dans les pays

Encadré 3. Le cas indien : progrès et inégalités

La situation indienne est typique de la tendance à la hausse du taux de césarienne observé dans l'Asie émergente. Elle est aussi inquiétante en raison du nombre considérable de césariennes évitables [6]. Le taux de césarienne a en effet longtemps été très faible, atteignant 3 % au début des années 1990 et ne dépassait pas 10 % en 2008. Mais, depuis la politique initiée il y a dix ans pour encourager les femmes modestes à aller accoucher à l'hôpital, le taux a enregistré une croissance très rapide, atteignant 17 % au milieu des années 2010.

Ce chiffre recouvre toutefois de grandes variations entre régions et groupes sociaux au sein du pays. Dans un grand État du Nord comme le Bihar, le taux ne dépasse pas 6 %. Inversement, plusieurs États du Sud ont déjà atteint des proportions supérieures à 35 %, avec un pic dans l'État du Telangana à 58 %, niveau comparable au record mondial de la République dominicaine. De fortes variations apparaissent entre classes sociales. Parmi les 10 % les plus favorisés, les taux ont déjà dépassé 37 %. Le découpage de l'Inde par région et groupe social fait apparaître de larges poches de déficit ou d'excédent de césariennes. Le nombre de césariennes sans indication médicale serait donc de près de 2 millions par an durant la première moitié des années 2010. Inversement, on évalue à un demi-million le déficit de césariennes dans les régions pauvres, un chiffre similaire à celui estimé pour le Nigéria. Ces excédents et déficits de césariennes illustrent parfaitement le double fardeau que doit porter la santé publique indienne.

Les écarts en fonction du revenu des familles ou du niveau de fécondité régional suggèrent que le taux de césarienne ne va pas cesser de grimper dans un pays en décollage économique rapide. Dans les régions défavorisées, la part des femmes accouchant à domicile va continuer de décroître et la proportion de césariennes atteindra la barre des 10 %. Dans les classes moyennes, l'élévation continue du niveau de vie et la diminution de la taille des familles vont inciter un nombre croissant de femmes à accoucher dans les cliniques privées (où le taux de césarienne atteint déjà 40 %). L'Inde sera sous peu le premier pays au monde, à la place de la Chine, en nombre absolu de césariennes, car le nombre de naissances en Chine s'abaisse régulièrement et son taux de césarienne (35 % en 2014) semble désormais s'infléchir.

les moins avancés, où l'accès à un accouchement sans risque reste encore très limité, notamment en zone rurale, et parmi les pauvres. Mais la hausse des taux de césarienne est également perceptible dans les villes et dans les milieux privilégiés au sein de pays à faibles et moyens revenus, exacerbant les inégalités internes dans l'accès à la santé reproductive (encadrés 2 et 3).

Un modèle d'accouchement « moderne » et sécurisé tend à se diffuser dans le monde en développement, fondé sur une médicalisation abusive. La fréquence des accouchements chirurgicaux augmente du fait de

césariennes superflues effectuées pour le confort des patientes, le moindre effort pour les praticiens et le profit des cliniques privées. Une mobilisation conjointe du monde médical et des patientes est nécessaire pour contrer cette surenchère thérapeutique.

Références

- [1] OMS, *WHO recommendations on non-clinical interventions to reduce unnecessary caesarean section*, Geneva, Switzerland: World Health Organization; 2018.
- [2] Boerma T., Ronsmans C., Melesse D.Y., Barros A.J., Barros F.C., Juan L., Moller A.B., Say L., Hosseinpoor A.R., Yi M., Neto D.D., Global epidemiology of use of and disparities in caesarean sections, *The Lancet*, 2018 Oct 13; 392(10155):1341-1348.
- [3] Keag O.E., Norman J.E., Stock S.J., Long-term risks and benefits associated with cesarean delivery for mother, baby, and subsequent pregnancies: Systematic review and meta-analysis, *PLoS Med*, 2018; 15(1):e1002494.
- [4] OMS, *WHO Statement on Caesarean Section Rates*, Geneva, Switzerland; 2015.
- [5] Schantz C., de Loenzien M., Goyet S., Ravit M., Dancoisne A., Dumont A., How is women's demand for caesarean section measured? A systematic literature review, *PLoS one*, 2019 Mar 6; 14(3):e0213352.
- [6] Guilmo C.Z., Dumont A., Trends, Regional variations, and socioeconomic disparities in cesarean births in India, 2010-2016, *JAMA network open*, 2019 Mar 1; 2(3):e190526.
- [7] Betrán A.P., Temmerman M., Kingdon C., Mohiddin A., Opiyo N., Torloni M.R., Zhang J., Musana O., Wanyonyi S.Z., Gülmezoglu A.M., Downe S., Interventions to reduce unnecessary caesarean sections in healthy women and babies, *The Lancet*, 2018 Oct 13; 392(10155):1358-1368.
- [8] Coulm B., Blondel B., Alexander S., Bouvain M., Le Ray C., 2014, Potential avoidability of planned cesarean sections in a French national database, *Acta Obstetrica et Gynecologica Scandinavica*, 2014, 93, 905–912.
- [9] Nations Unies, 2019, *World population prospects 2019*, <https://population.un.org/wpp/>

Résumé

Le taux de césarienne varie de 1 % à 58 % dans le monde. Il est particulièrement bas, en deçà de 5 %, dans des pays peu développés d'Afrique subsaharienne comme le Mali (2 %), le Nigéria (3 %) et le Congo (5 %). À l'opposé, il dépasse les 30 % dans des pays européens comme Chypre (57 %), la Géorgie (41 %), la Roumanie (40 %) ou l'Italie (35 %). Il est très élevé aussi en Amérique latine qui a une longue histoire d'accouchements par césarienne. La République dominicaine arrive en tête avec 58 %, suivie notamment par le Brésil (55 %), le Chili (50 %) et l'Équateur (49 %).

Mots-clés

Taux de césarienne, comparaisons internationales, développement, accouchement sécurisé, mortalité maternelle, abus de césarienne.