

1. Hétérogénéité des pratiques en France

Trois types de facteurs, liés entre eux, peuvent influencer le développement des actes de césariennes : les caractéristiques des femmes, celles des maternités, et les pratiques médicales (2,5,22-27).

1.1 Caractéristiques des femmes

Il a été rapporté, dans la littérature, plusieurs causes pour expliquer l'augmentation actuelle des césariennes. Les facteurs de risques maternels les plus fréquents sont les suivants : un âge maternel plus élevé, le nombre de grossesses multiples en raison des techniques de procréation médicalement assistées, la prématurité, la macrosomie, l'augmentation de l'index de masse corporelle de la mère (IMC), les antécédents de césarienne (23,24,27-29). Enfin, sont aussi évoquées la peur de la femme, et la césarienne pour convenance sur demande de la femme (cf. chapitre « Césarienne » sur demande pour détails).

1.1.1 Césarienne

Selon l'analyse effectuée par la DREES (25) sur les données PMSI 2001, les femmes ayant eu une césarienne étaient en moyenne un peu plus âgées que celles qui ont accouché par voie basse (30 ans contre 29 ans pour les femmes non césarisées). Les taux de césariennes croissent directement avec l'âge : plus faibles pour les moins de vingt ans (12,3 % observés), ils atteignent 27,6 % pour les femmes de plus de quarante ans.

Certains diagnostics, qui révèlent un risque pour la femme ou l'enfant, s'accompagnent d'une pratique plus fréquente de la césarienne. L'existence d'un antécédent de césarienne est le premier diagnostic associé aux césariennes réalisées et concerne le quart des patientes ayant eu une césarienne en 2001 (figure ci-dessous). Parmi les femmes ayant accouché en 2001 pour lesquelles un antécédent de césarienne était signalé, plus de 2 sur 3 (68,6 %) ont ainsi connu à nouveau un accouchement de ce type. Ces deux éléments laissent présager une augmentation mécanique du taux de césariennes par accroissement de la part des femmes déjà césarisées. Les diagnostics de détresse fœtale, de présentation anormale du fœtus, de dystocie due à une anomalie pelvienne s'accompagnent aussi de taux de césariennes largement au dessus de la moyenne nationale. Les femmes qui présentent une dystocie due à une anomalie pelvienne, enregistrent le taux le plus élevé avec près de 87 % de césariennes (tableau ci-dessous).

D'autres pathologies moins fréquentes, mais souvent considérées comme des indicateurs de risque, s'accompagnent, elles aussi, de taux de césariennes particulièrement importants. C'est le cas des grossesses multiples, de l'hypertension sévère, des ruptures prématurées des membranes ou du diabète gestationnel. Il en est de même pour les accouchements avant terme qui aboutissent à des césariennes dans plus d'un tiers des cas. Outre ces diagnostics, le fait d'arriver par transfert dans l'établissement où l'on accouche, qui indique, *a posteriori*, l'existence d'un risque obstétrical, s'accompagne dans 48,4 % des cas d'une césarienne.

Variation du taux de césariennes par pathologie diagnostiquée en 2001, d'après DREES (25)

Diagnostic	Femmes ayant eu une césarienne	Taux de césarienne	Nombre de césariennes
Antécédent de césarienne	24,6 %	68,6 %	33 300
Détresse fœtale	22,6 %	28,6 %	30 500
Présentation anormale du fœtus	20,2 %	66,2 %	27 300
Dystocie due à une anomalie pelvienne	17,3 %	86,8 %	23 400
Accouchement avant terme	6,5 %	34,7 %	8 800
Rupture prématurée des membranes	5,5 %	21,7 %	7 400
Grossesse multiple	4,3 %	49,6 %	5 800
Hypertension sévère	4,0 %	62,3 %	5 400
Diabète gestationnel	2,9 %	28,7 %	3 900
Total		18,0 %	135 300

Avec : * ; †, ‡, §.

Ces résultats sont en cohérence avec les données internationales les plus récentes (27) (cf. annexe pour données en détail), avec les principaux facteurs de risque associée à une césarienne : antécédents de césarienne, présentation par le siège, *placenta prævia* ou rupture de membranes.

1.1.2 Césarienne programmée

Dans l'analyse effectuée par la DREES (25) sur les données PMSI 2001, la distinction entre césarienne programmée et césarienne d'urgence, observée à partir du PMSI, est mentionnée dans 81 % des cas, soit environ 109 500 césariennes en 2001, et ne concerne que les grossesses uniques. Parmi elles, 47 % étaient programmées, mais cette part varie sensiblement selon les caractéristiques des femmes et des maternités. Ainsi, plus le niveau d'autorisation des maternités est élevé, moins la part des césariennes programmées est importante (+16 points pour les maternités de niveau 1 par rapport à celles de niveau 3) (tableau ci-dessous). Chez les femmes ne présentant aucun des facteurs de risque, les écarts entre les maternités des différents niveaux se réduisent : les maternités de niveau 3 restent les premières, avec une part de césariennes d'urgence de 10 points supérieure aux deux autres niveaux, ce qui peut être le corollaire de tentatives d'accouchements par voie basse plus systématiques.

Types de césariennes selon le niveau de la maternité en 2001, d'après DREES (25)

Caractéristiques	Type de césarienne	Niveau I	Niveau II	Niveau III	Total
Ensemble des femmes	programmée	51,0	45,0	35,0	47,0
	en urgence	49,0	55,0	65,0	53,0
Femmes ne présentant aucun facteur de risques*	programmée	42,8	42,7	32,7	42,5
	en urgence	57,1	57,2	67,3	57,5

*Avec facteur de risque repérable par les systèmes d'informations : c'est-à-dire : antécédent de césarienne, détresse fœtale, présentation anormale du fœtus, dystocie due à une anomalie pelvienne, accouchement avant terme, diabète gestationnel, rupture prématurée des membranes, grossesse multiple, hypertension artérielle et transfert pour accouchement.

De plus, la part des césariennes programmées est plus importante dans les maternités du secteur privé sous objectif national quantifié OQN que dans celui privés sous dotation globale DG, quel que soit leur niveau (tableau ci-dessous), et, ceux aussi bien pour l'ensemble des femmes « césarisées » que pour celles ne présentant aucun facteur de risque.

Types de césariennes selon le niveau et le statut de la maternité en 2001, d'après DREES (25)

Caractéristiques	Type de césarienne	Niveau I		Niveau II		Niveau III
		DG*	OQN†	DG	OQN	DG
Ensemble des femmes	programmée	46,6	53,0	41,6	53,1	35,0
	en urgence	53,4	47,0	58,5	46,9	65,0
Femmes ne présentant aucun facteur de risques	programmée	39,5	44,0	39,3	51,0	32,7
	en urgence	60,5	56,0	60,7	49,0	67,3

Avec : *DG dotation globale ; † OQN objectif national quantifiée, ‡, §.

Enfin, les césariennes sont le plus souvent programmées pour quatre facteurs de risque : l'antécédent de césarienne, la dystocie due à une anomalie pelvienne, la présentation anormale du fœtus et le fait d'être âgée de plus de 30 ans (tableau ci-dessous). À l'opposé, les césariennes sont quasiment toujours réalisées en urgence en cas de détresse fœtale (près de 93 %). Au total, trois césariennes programmées sur quatre (73,5 %) sont associées, soit à un antécédent de césarienne, à une dystocie, ou à une présentation anormale du fœtus, facteurs qui influent le plus sur la réalisation d'une césarienne en 2001.

Types de césariennes par pathologie diagnostiquée en 2001, d'après DREES (25)

Caractéristiques maternelles ou fœtales	Césarienne programmée	Césarienne d'urgence
	(%)	(%)
Détresse fœtale	7,2	92,8
Rupture prématurée des membranes	15,2	84,8
Accouchement avant terme	21,1	78,9
Hypertension sévère	21,2	78,8
Transfert	24,7	75,3
Moins de 30 ans	40,2	59,2
Diabète gestationnel	50,1	49,9
Plus de 30 ans	52,9	47,1
Présentation anormale du fœtus	55,0	45,0
Dystocie due à une anomalie pelvienne	66,0	34,0
Antécédent de césarienne	77,5	22,5

1.2 Caractéristiques des maternités

Une hétérogénéité de pratique a été observée dans les différentes enquêtes, en particulier :

- entre les différents niveaux d'établissements ;
- entre les établissements de statut juridique différent ;

- au sein d'un même niveau d'établissement ;
- entre les différentes régions de France.

1.2.1 Hétérogénéité selon le niveau de maternité

Les décrets périnatalité du 9 octobre 1998 et la circulaire DH/EO 3 n° 99-402 du 8 juillet 1999 ont posé un cadre d'organisation des soins en réseaux et introduit la notion de niveau de maternité en fonction du risque fœtal¹ et n'intègre pas l'offre de soins en réponse au risque maternel.

Le terme de « niveau », utilisé dans les textes concernant la périnatalité, n'est pas associé à une notion de hiérarchie de compétence, mais correspond à une notion d'équipement et de plateau technique. Il correspond à la notion de « type » (type I ou II ou III) utilisée en pratique par les professionnels.

Trois niveaux de maternités sont définis, selon des critères strictement néonataux :

- un établissement est dit de « niveau I », s'il dispose d'un service d'obstétrique ;
- un établissement est dit de « niveau II », s'il dispose d'un service de néonatalogie sur le même site que le service d'obstétrique ;
- un établissement est dit de « niveau III », s'il dispose sur le même site que le service d'obstétrique d'un service de réanimation néonatale et d'un service de néonatalogie.

Selon le rapport de la DRESS (22), en 2007, la répartition des maternités a été la suivante : 52 % maternités de niveau I, 36 % maternités de niveau II, 11 % maternités de niveau III.

De 2001 à 2007, le nombre de césariennes a augmenté quel que soit le niveau des maternités (tableau ci-dessous).

Évolution du taux de césariennes : comparaison entre 2001 et 2007 sur la répartition des césariennes selon le niveau de maternité, d'après DRESS (22)

Niveau de l'établissement	2001	2007
Niveau I	18,0 %	20,7 %
Niveau II	17,6 %	19,2 %
Niveau III	19,9 %	22,0 %
Total	18,2 %	20,3 %

Tous secteurs confondus, les taux de césariennes sont assez hétérogènes d'un établissement à un autre. En 2007, le taux le plus bas recensé de césarienne en France pour un établissement de niveau III était de 10 %. Le taux le plus élevé était de 43,3 % pour une maternité de niveau I.

Selon le rapport de la DRESS de 2010 (22) si l'OMS fixe à 15 % le seuil « raisonnable » de recours aux césariennes, 90 % des maternités de France métropolitaine ont un taux supérieur. Soixante-dix maternités pratiquent des césariennes dans plus d'un accouchement sur quatre. Dans ce groupe, les sites de niveau I sont prépondérants par rapport à l'ensemble des établissements (65 % contre 52 %). Il en est de même pour les cliniques privées (56 %) contre 29 % de l'ensemble des établissements.

¹ Pour chaque type de maternité, il n'y a pas toujours de superposition entre la prise en charge du risque fœtal et celle du risque maternel. En effet, cette typologie ne porte que sur les moyens d'hospitalisation néonatale et n'intègre pas l'offre de soins en réponse au risque maternel. Elle ne tient pas compte de la disponibilité dans l'établissement d'autres secteurs de soins pouvant avoir une importance majeure dans la prise en charge de certaines complications de la grossesse et de l'accouchement, tels que les services de réanimation, de soins intensifs et de spécialités pour adultes ou le plateau technique.

Il paraît logique de penser que les taux de césarienne puissent augmenter avec le niveau des maternités puisque le degré de pathologies materno-fœtales prises en charge est lui aussi croissant. Cependant, bien qu'elles accueillent des femmes à risque, les maternités de niveau II et III ont un taux de césariennes comparable à celui en niveau I, ce qui signifierait qu'à un niveau de risque équivalent, les établissements de niveau élevé pratiqueraient moins fréquemment les césariennes.

Il est à noter que si depuis les décrets de 1998, les différents niveaux de maternité permettent d'orienter les femmes en fonction de leur niveau de risque obstétrical et, en cas d'accouchement difficile, l'offre des maternités par niveau d'autorisation est assez hétérogène sur le territoire (22).

Entre 2001 et 2007, les régions les moins bien dotées ont au moins 25 % de sites de niveau II ou III, tandis que les mieux dotées en ont jusqu'à 64 %. La moyenne nationale est de 48 %. Cette part qui augmente globalement, résulte de la diminution générale du nombre de sites de niveau I, tandis que le nombre de sites de niveau II ou III est en légère augmentation (22).

1.2.2 Hétérogénéité selon le statut

La prise en charge de la naissance peut avoir lieu dans des établissements de différents statuts : maternités publiques, cliniques privées ou établissements privés à but non lucratif. En 2007, les deux tiers des maternités sont publiques (64 % des sites) à l'exception du Languedoc-Roussillon (40 %). Ces maternités représentent 62 % des lits d'obstétriques. Les maternités du secteur privé sont essentiellement des cliniques. Le secteur privé à but non lucratif ne représente que 7 % de l'ensemble des capacités contre un tiers pour les cliniques privées à but lucratif.

Enfin, il est à noter que, bien qu'en France la proportion de naissances dans des maternités de 3 000 accouchements ou plus est très faible (8 %), par rapport à ce qu'on observe par dans d'autres pays européens², on assiste actuellement en France à une concentration des naissances dans de grandes maternités (2,22).

Fin 2007, les taux de césariennes s'établissent à 19,8 % pour les maternités publiques et à 21,5 % pour les maternités des cliniques privées (cf. tableau ci-dessous). Depuis 2001, c'est dans le secteur maternités des cliniques privées que la hausse du taux de césariennes a été la plus forte : +2,6 % contre +2,0 % dans le secteur public et +1,9 % dans le secteur privé à but non lucratif.

Évolution du taux de césariennes : comparaison entre 2001 et 2007 sur la répartition des césariennes selon le statut juridique des maternités, d'après DRESS (22)

Niveau de l'établissement	2001	2007
Public	17,7 %	19,8 %
Privé à but non lucratif	18,4 %	20,3 %
Privé à but lucratif	18,9 %	21,5 %

² La proportion de naissances dans des maternités de 3 000 accouchements est importante en Écosse (77 %), en Irlande (60 %), en Finlande (46 %) et en Suède (46 %).

1.2.3 Hétérogénéité selon le niveau et le statut juridique d'un établissement

Le rapport de la DRESS de 2010 indique que dans les établissements publics et privé à but non lucratif, plus le niveau de la maternité est élevé, plus le taux de césarienne est important.

La variabilité entre établissements doit toutefois aussi être analysée au regard des niveaux d'autorisation des maternités qui, eux-mêmes, conditionnent pour partie les caractéristiques des femmes accueillies, ainsi que les modes d'organisation et les pratiques des équipes médicales. La politique entreprise ces dernières années pour orienter les femmes vers la maternité disposant de l'environnement pédiatrique le plus adapté au risque encouru par l'enfant, aboutit en effet logiquement à une répartition inégale des risques de césarienne selon le niveau d'équipement des maternités.

Le secteur de la maternité semble plus déterminant pour expliquer les différences de recours aux césariennes que le niveau de maternité. Fin 2007, les taux de césariennes s'établissaient à 19,8 % pour les maternités publiques et à 21,5 % pour les maternités des cliniques privées.

Si l'on considère le niveau des maternités, on constate effectivement que le taux de césariennes est, dans chacun des secteurs, croissant avec le niveau d'autorisation. Toutefois, ce sont les établissements de niveau II et non ceux de niveau I qui enregistrent globalement le taux de césariennes le plus faible, en raison notamment de l'importance relative des maternités du secteur privé classées en niveau I : 52 % des maternités de niveau I appartiennent au secteur privé contre seulement 18 % des maternités de niveau II.

Taux de césariennes en 2007 selon le statut juridique et le niveau des maternités, d'après DRESS (22)

Niveau de l'établissement	Niveau I	Niveau II	Niveau III
Public	18,8 %	18,6 %	22,0 %
Privé à but non lucratif	20,0 %	20,6 %	21,1 %
Privé à but lucratif	22,5 %	20,2 %	-

Une enquête a été réalisée par la CNAMTS auprès de 565 établissements de santé effectuant au moins 100 accouchements par an sur la pertinence des actes (30). Selon les résultats de cette enquête présentée lors d'un point d'information, le 29 septembre 2011, le taux moyen national de césarienne programmée³ s'élève à 7,4 % au niveau national avec un total de 59 564 naissances et un taux national de césarienne non programmée de 12,8 % pour un total de 103 382 naissance. Selon la CNAMTS, le taux national de césarienne programmée recouvre des disparités importantes, selon les départements et les établissements considérés (cf. figure ci-dessous). Il a été ainsi rapporté que :

- 17 départements enregistrent un taux inférieur à 6 %, avec des résultats particulièrement peu élevés dans les Landes (2,70 %), dans l'Yonne (3,6 %) ou sur le Territoire de Belfort (3,7 %) ;
- à l'inverse, 14 départements ont un taux moyen supérieur à la moyenne nationale (> 8,5 %) avec en tête la Loire (9,7 %), la Corse (9,2 %) et les Yvelines (9,2 %).

Selon les données de la CNAMTS (30), il a été rapporté en 2009 un taux de césarienne programmée de 6,6 % (n = 38 012) dans le secteur public et de 9,4 % (n = 21 552) dans les

³ Pas d'information sur la définition de la césarienne programmée.

cliniques privées. De même, il a été rapporté un taux de césarienne non programmée de 13 % (n = 74 975) dans le secteur public et de 12,4 % (n = 28 407) dans le secteur privé. En 2009, les taux moyens de césarienne programmée ont été de 8,4 % pour les maternités de niveau I, de 7,3 % dans les maternités de niveau II et de 6,4 % dans les maternités de niveau III (cf. tableau ci-dessous).

Taux de césariennes programmées en 2009 selon le statut juridique et le niveau des maternités (n = 565 établissements de santé, au moins 100 accouchements/an), d'après CNAMTS (30)

Niveau de maternité	Statut	% de césarienne programmée		
		Moyen	Minimum	Maximum
Niveau I	Privé	9,6	4,2	21,9
	Public	7,1	1,5	15,1
	Total niveau I	8,4	1,5	21,9
Niveau II	Privé	9,2	5,7	16,9
	Public	6,5	2,4	11,1
	Total niveau II	7,3	2,4	16,9
Niveau III	Privé	7,3	7,3	7,3
	(1 seul établissement) Public	6,4	2,5	11,5
	Total niveau III	6,4	2,5	11,5

Selon la même enquête (30), il a été rapporté un taux moyen de césarienne programmée compris entre 6 et 10 % selon le nombre d'accouchement réalisés dans la maternité et selon son niveau.

1.2.4 Hétérogénéité à l'intérieur d'un même niveau d'établissement

Une enquête rétrospective auprès de 49 centres hospitaliers universitaires (CHU) de France métropolitaine et des DOM-TOM a été réalisée sur la période du 1^{er} janvier 2007 au 31 décembre 2007 par Mangin (31) et ses collaborateurs « Données 2007 de l'extraction instrumentale en France : résultats d'une enquête nationale auprès de l'ensemble des centres hospitalo-universitaires ; 2010 ».

Cette enquête a noté que les taux de césarienne varient entre 9 et 29,5 % (tous niveaux confondus), avec un taux moyen pour les CHU de 20,7 %. Les CHU ont la réputation de gérer les grossesses à bas et à haut risque obstétrical.

Pour les CHU disposant d'une maternité de niveau I, la fréquence des césariennes variait de 9,6 % à 20,7 %, pour les CHU disposant d'une maternité de niveau II, la fréquence des césariennes variait de 19,4 % à 26,9 % et pour les CHU disposant d'une maternité de niveau III, la fréquence des césariennes variait de 14,4 % à 29,5 %. Les taux de césariennes varient donc entre les centres hospitaliers de niveau I, II et III.

En 2007, la fédération hospitalière de France (26) a publié, dans « Étude sur les césariennes », une évaluation des 100 maternités ayant le taux le plus fort de césarienne réalisée.

Dans cette publication, un établissement de niveau I présentait un taux de 43,3 % de césariennes sur 1 015 accouchements alors que pour un autre établissement de niveau I situé dans la même ville, le taux de césarienne était de 24,5 % pour 1 133 accouchements. Dans cette étude, le taux de césarienne le plus faible enregistré était de 21,3 %. Ce taux était partagé par un établissement public et par un établissement privé.

1.2.5 Hétérogénéité selon les régions

Selon le rapport de la DREES de 2010 (22), à l'instar de l'échelon national, les taux des césariennes ont augmenté pour toutes les régions, s'échelonnant selon les régions de 17 à 27 % en 2007 par rapport à 2,5 à 18 % fin 1996. En grande majorité, les régions ayant un taux de césariennes plutôt élevé en 1996 sont dans la même situation fin 2007.

Sauf exception, il en est de même pour celles plutôt au-dessous de la moyenne nationale en 1996.

À l'inverse, les régions telles que Languedoc-Roussillon, Alsace et Champagne-Ardenne, qui avaient des taux de césariennes plutôt bas en 1996, ont des taux parmi les plus élevés fin 2007. Une région fait figure d'exception, Midi-Pyrénées, avec un taux ayant peu augmenté.

1.3 Pratiques médicales

Selon le CNGOF (32,33), la majorité des recommandations professionnelles dans ce domaine constitue un guide pour la pratique tout en ayant un caractère indicatif, laissant une large place à l'appréciation médicale pour juger des risques encourus dans le contexte précis de chaque accouchement. C'est sans doute la raison pour laquelle il n'existe pas de consensus médical sur « le bon taux » de césariennes (32-35).

La césarienne sur demande⁴ suscite un questionnement pour les professionnels de santé et les institutionnels. Elle n'est pas une situation clinique parfaitement identifiable, très peu de données fiables existent. Elle est devenue un sujet d'évaluation parmi les plus récents (recommandations de bonnes pratiques anglaises et américaines de 2006 et 2011), voire même de polémique importante (29,33,36-39).

En outre, la question souvent associée à la de césarienne sur demande est celle de l'autonomie de la patiente et de la possibilité pour un professionnel de refuser de faire une césarienne, alors qu'un article du Code de la santé publique (art. L. 1111-4) stipule, en outre, que le « médecin doit respecter la volonté de la personne après l'avoir informée des conséquences de son choix ».

Les pratiques professionnelles du personnel hospitalier pourraient aussi influencer le recours à une césarienne. Ainsi, selon un communiqué du CNGOF de 2008, l'évolution des pratiques médicales fondée sur le principe de précaution pourrait contribuer à l'augmentation des césariennes avec demande de la part des professionnels en raison de la crainte d'un potentiel accru de recours juridiques à l'issue d'un accouchement présentant un petit risque (gros enfant, bassin un peu étroit, enfant prématuré, jumeaux) mais qui pourrait être jugé difficile (communiqué du 9 décembre 2008, CNGOF). Il n'existe pas cependant, à ce jour, de donnée permettant de juger l'importance de ce fait, non quantifiable (ex. : nombre de procédures).

Il est aussi évoqué l'existence de césariennes programmées par les professionnels pour des raisons organisationnelles et d'offre de soins sur le territoire, mais il n'a pas été identifié de données pouvant apporter des informations complémentaires sur ce point.

⁴ La césarienne sur demande encore dite « césarienne de convenance ». La définition la plus souvent retenue dans la littérature est la césarienne sur demande de la femme, lors d'une grossesse monofœtale à terme, en absence d'indication médicales et/ou obstétricales. Elle correspond à la terminologie dans les publications anglo-saxonnes de *Cesarean Delivery on Maternal Request* ou *CDMR*.