

SPECULUM

Geburtshilfe / Frauen-Heilkunde / Strahlen-Heilkunde / Forschung / Konsequenzen

Langer M

**Le taux de césariennes: un problème de
l'obstétrique moderne?**

*Speculum - Zeitschrift für Gynäkologie und Geburtshilfe 2012; 30 (2)
(Ausgabe für Schweiz), 7-9*

Homepage:

www.kup.at/speculum

Online-Datenbank
mit Autoren-
und Stichwortsuche

Krause & Pachernegg GmbH • Verlag für Medizin und Wirtschaft • A-3003 Gablitz

P.b.b. 02Z031112 M, Verlagsort: 3003 Gablitz, Linzerstraße 177A/21

Erschaffen Sie sich Ihre ertragreiche grüne Oase in Ihrem Zuhause oder in Ihrer Praxis

Mehr als nur eine Dekoration:

- Sie wollen das Besondere?
- Sie möchten Ihre eigenen Salate, Kräuter und auch Ihr Gemüse ernten?
- Frisch, reif, ungespritzt und voller Geschmack?
- Ohne Vorkenntnisse und ganz ohne grünen Daumen?

Dann sind Sie hier richtig



La parole à l'invité

Le taux de césariennes: un problème de l'obstétrique moderne?

M. Langer

Si le débat sur la fréquence croissante des césariennes dure depuis plusieurs décennies, il n'a pas progressé d'un iota pendant toute cette période. Des affirmations récentes selon lesquelles l'Autriche afficherait un taux de césariennes supérieur à la moyenne qu'il faudrait réduire à l'aide de groupes de travail ont ravivé les vieux arguments erronés. Ces questions qui tournaient inévitablement en rond étaient jusqu'ici les suivantes: «*Quelles sont les indications médicales autorisées pour une césarienne?*», «*Une césarienne est-elle autorisée sans indication médicale?*». Ces problèmes résultent de l'hypothèse fondamentale erronée selon laquelle il existerait une «naissance physiologique normale», un «canon fixe» d'indications et un taux de césarienne prévisible sur la base de ces éléments, qu'il existerait un «accouchement normal», un «canon fixe» d'indications et un taux de césariennes quasiment dicté par la nature qu'il suffirait de trouver et qui représenterait un critère de qualité pour l'obstétrique moderne.

Tandis que ces questions étaient posées et recevaient des réponses provisoires, les taux de césariennes ont continué d'augmenter à un tel rythme qu'ils étaient déjà dépassés à chaque nouvelle publication et les mises en garde face à cette «épidémie» se sont accrues. Je vais par conséquent m'efforcer de tirer ci-après quelques enseignements du débat mené à ce stade, et proposer une nouvelle vision du vieux dilemme.

Rétrospective

Il est instructif et utile à des fins d'analyse sereine d'appréhender quelques caractéristiques du débat au méta-niveau. De fait, une recherche effectuée via Pubmed révèle que la première publication sur la question

du «bon» taux de césariennes parut déjà en 1957 et que la littérature à ce sujet n'a cessé de s'étoffer depuis 1975. La prise de position de l'OMS en 1985 constitue une première date clé du débat. Elle déclarait de manière autoritaire et moralisatrice: «*Il n'existe aucune justification pour qu'une région, quelle qu'elle soit, présente un taux de césariennes supérieur à 10–15 %.*» Cette vision, si elle était compréhensible compte tenu de la responsabilité de l'OMS à l'égard des pays en voie de développement, qui à l'époque (et aujourd'hui!) présentaient des taux nettement inférieurs et surtout des problèmes hygiéniques et sociaux de toute autre nature, n'était en aucun cas applicable aux pays industrialisés en Europe. En effet, 20 ans plus tard, J. Ecker (2006) résumait le point de vue adverse par une citation quelque peu détournée d'une maxime chère à l'obstétrique américaine classique, par laquelle il anticipait l'objectif redouté ou souhaité d'une évolution: «*Once a pregnancy, always a caesarean!*»

Le principal enseignement de cette longue période de catamnèse est toutefois que la réduction du taux de césariennes était exigée complètement indépendamment du taux effectif en vigueur à l'époque. Les taux de césariennes gravitaient généralement autour des 7 à 10 % dans les années 1970, un chiffre que l'on entendait réduire par des programmes dispendieux!

Indications

C'est aussi à cette époque qu'apparut pour la première fois la notion d'«indication fœtale préventive», venant s'ajouter à l'indication d'urgence utilisée presque exclusivement jusque-là. Ainsi visait-on des indications largement acceptées aujourd'hui telles que la grossesse multiple et la présentation du siège chez les primipares ou le

«désir urgent d'enfant», ce dernier un signe voilé de l'acceptation tacite d'une certaine morbidité et mortalité infantile.

Les débats se sont encore accentués dans les années 1980 avec l'arrivée de la «césarienne élective» («césarienne sans indication médicale», «césarienne à la demande de la mère», «césarienne pour crainte de l'accouchement»). Cela a donné lieu à de profondes interrogations médico-éthiques quant à savoir si une césarienne élective était «contraire à l'éthique» (Etats-Unis) ou encore si l'on pouvait rejeter ou au moins limiter la liberté de décision d'une femme enceinte dans ce domaine spécifique (Royaume-Uni). Les femmes enceintes désireuses d'une césarienne primaire devaient suivre une psychothérapie afin de traiter leur «peur déraisonnable de l'accouchement» (Suède). Pour leur part, les pays germanophones ont adopté une position relativement libérale à cet égard. Pour preuve, le groupe de travail Médecine légale de la Société allemande de gynécologie et d'obstétrique (DGGG) est revenu sur sa position initiale contraire (1985) dès 1991: *«Toute mesure médicale ne poursuit pas des fins curatives. [...] La césarienne de convenance doit être assimilée à de telles interventions, dans la mesure où elle fait l'objet d'un consentement valable au terme de l'information requise et où elle n'est pas contre-indiquée sur le plan médical»*. A l'heure où la chirurgie esthétique et bariatrique est en pleine expansion, essentiellement sous l'effet du style de vie et des aspirations à l'autonomie, une telle approche semble appropriée au vu des dangers réels que la césarienne permet d'éviter.

Nous avons donc procédé à une analyse rétrospective de l'évolution des indications de césarienne entre 1997 et 2011 au sein de la clinique universitaire de gynécologie de Vienne (UFK Wien) (Langer/Neuhauser, manuscrit non publié) et avons effectué les constatations suivantes, qui concordent avec d'autres publications:

- la part relative des différents groupes d'indications varie fortement, même dans une seule et même clinique sous la même direction,
- la «césarienne élective» a certes augmenté de 0,5 à 5,2 %, mais ne joue pas un rôle essentiel dans la hausse générale, même dans une clinique libérale en la matière et
- le rapport entre césarienne primaire et secondaire s'est complètement inversé, passant de 39:61 à 62:38.

Les causes d'un phénomène mondial

En 2008, le groupe de travail de l'OMS «Maternal Health» dirigé par Marsden Wagner a relevé la fréquence des césariennes dans le monde entier (Tableau 1). Cette étude a délivré des résultats intéressants: sur la scène internationale, les césariennes se situent à un pourcentage élevé encore totalement inconcevable il y a quelques années et ce, toutes sociétés confondues, sans que les systèmes sociaux et médicaux extrêmement différents n'exercent la moindre influence à ce sujet. Les taux sont les plus élevés dans les pays récemment industrialisés typiques tels que le Brésil, l'Iran et le Mexique, tandis qu'ils sont traditionnellement faibles dans les pays scandinaves et au Royaume-Uni et élevés en Amérique latine et dans les pays latins. L'Autriche se situe dans le milieu du classement en compagnie de ses voisins d'Europe centrale. En revanche, des pays voisins et culturellement proches tels que la Corée et le Japon affichent des écarts de 20 %! Les pays les plus pauvres d'Afrique ferment la marche, ce qui démontre que la qualité de la médecine demeure un indicateur de développement social.

Malgré les publications alarmistes qui prévoient une augmentation massive des complications secondaires et en dépit de la campagne menée par des acteurs de la santé publique et des sciences sociales en vue d'endiguer l'«épidémie», les taux de césariennes poursuivent leur ascension et ce, à un rythme effréné et à l'échelle internationale (la campagne tout à fait similaire contre les hystérectomies non indiquées, qui s'est déroulée pendant la même période, a remporté un franc succès et a provoqué une nette diminution de ces interventions, ce qui illustre bien la capacité de l'opinion pu-

Tableau 1: Taux de césariennes de quelques pays choisis (source: Rapport OMS 2008, Simmons et al.)

Brésil	45,9	Chine	25,9
Iran	41,9	Danemark	21,4
Italie	38,2	France	18,8
Mexique	37,8	Japon	17,4
Corée	37,7	Suède	17,3
Argentine	35,2	Norvège	16,6
Etats-Unis	30,3	Finlande	16,3
Hongrie	28,0	Belgique	15,9
Allemagne	27,8	Inde	8,5
Egypte	27,6	Cameroun	2,0
Autriche	27,1	Malawi	1,8
Espagne	25,9		

blique à peser fortement sur les décisions médicales).

Nous sommes donc en présence d'une évolution mondiale qui affiche des taux de croissance absolue et relative élevés impossibles à prévoir, présente des décalages considérables au sein d'un seul et même service et fait preuve de résistance à l'encontre des campagnes publiques. Un phénomène d'ampleur internationale tel que l'accroissement d'un indice d'ordinaire si stable en l'espace de quelques années ne peut s'expliquer par des variables médicales telles que l'évolution des indications. De toute évidence, une telle situation résulte de tendances sociales massives. Lesdites tendances, qui constituent les véritables raisons d'une telle évolution, ont déjà été mises en évidence à maintes reprises et ne nécessitent par conséquent qu'une mention succincte:

- simplification de la technique opératoire,
- augmentation de l'âge maternel et des grossesses multiples,
- besoin de sécurité accru,
- tendance accrue aux plaintes,
- modification de la relation médecin-patientes.

Exception faite de la technique opératoire, il s'agit exclusivement de facteurs sociaux, que Matthews (2003) commente en ces termes: «*L'intervention chirurgicale dite «césarienne» ne représente pas une entité uniforme, mais constitue uniquement la fin simultanée et en quelque sorte fortuite de nombreux arguments et facteurs partiels très différents de l'obstétrique moderne.*»

L'accouchement, un processus psychosocial

A titre de précepte de base, je propose donc de considérer l'accouchement comme un phénomène déterminé au moins autant par son aspect psychosocial que biologique, qui possède sa propre histoire et dont les évolutions et règles doivent être établies par les acteurs impliqués, c'est-à-dire les femmes enceintes et leur partenaire, les obstétriciens et les sages-femmes, et non simple-

ment être découvertes comme une loi de la nature.

Si nous partons du principe qu'en vertu de notre statut nous avons la capacité et le devoir d'influencer activement l'accouchement, à quelles questions est donc soumise l'obstétrique moderne? Elles pourraient être les suivantes: «*Comment le médecin et la patiente peuvent-ils aménager l'accouchement de manière à ce qu'il corresponde aux besoins de la patiente, aux possibilités techniques existantes, à la relation médecin-patient et au contexte social actuel?*»

L'une de ses caractéristiques résidera donc dans la coexistence de formes de naissance diverses. Les obstétriciens devront composer avec un formulaire de «consentement éclairé» pour l'accouchement par voie vaginale et s'occuper de groupes de patientes difficiles à prendre en charge tels que les patientes ayant subi des maladies internes graves, les réceptrices de dons d'ovules post-ménopausées ou les couples consanguins issus d'autres cultures. Lors de l'entretien préopératoire, il faudra toujours aborder les trois grands aspects de l'accouchement, à savoir l'expérience, la prestation et la sécurité. Le choix de tel ou tel mode d'accouchement s'effectuera d'après le modèle «shared decision making» en tenant compte des valeurs de la patiente.

Remplir ces exigences pourrait représenter un défi plus profitable pour l'obstétricien moderne que de vivre dans la nostalgie d'une époque révolue aux interventions héroïques. La césarienne deviendra alors un problème secondaire et on pourra adopter la position sereine proposée par Cyr (2006): «*[...] laissons les taux de césariennes trouver eux-mêmes leur niveau.*»

Adresse de correspondance:

Prof. univ. Dr Martin Langer
AKH Wien, Abteilung für Geburtshilfe und Fetomaternal Medizin
Universitäts-Frauenklinik
Medizinische Universität Wien
A-1090 Vienne, Währinger Gürtel 18-20
E-mail: martin.langer@meduniwien.ac.at

Mitteilungen aus der Redaktion

Abo-Aktion

Wenn Sie Arzt sind, in Ausbildung zu einem ärztlichen Beruf, oder im Gesundheitsbereich tätig, haben Sie die Möglichkeit, die elektronische Ausgabe dieser Zeitschrift kostenlos zu beziehen.

Die Lieferung umfasst 4–6 Ausgaben pro Jahr zzgl. allfälliger Sonderhefte.

Das e-Journal steht als PDF-Datei (ca. 5–10 MB) zur Verfügung und ist auf den meisten der marktüblichen e-Book-Readern, Tablets sowie auf iPad funktionsfähig.

☒ **Bestellung kostenloses e-Journal-Abo**

Besuchen Sie unsere zeitschriftenübergreifende Datenbank

☒ **Bilddatenbank**

☒ **Artikeldatenbank**

☒ **Fallberichte**

Haftungsausschluss

Die in unseren Webseiten publizierten Informationen richten sich **ausschließlich an geprüfte und autorisierte medizinische Berufsgruppen** und entbinden nicht von der ärztlichen Sorgfaltspflicht sowie von einer ausführlichen Patientenaufklärung über therapeutische Optionen und deren Wirkungen bzw. Nebenwirkungen. Die entsprechenden Angaben werden von den Autoren mit der größten Sorgfalt recherchiert und zusammengestellt. Die angegebenen Dosierungen sind im Einzelfall anhand der Fachinformationen zu überprüfen. Weder die Autoren, noch die tragenden Gesellschaften noch der Verlag übernehmen irgendwelche Haftungsansprüche.

Bitte beachten Sie auch diese Seiten:

Impressum

Disclaimers & Copyright

Datenschutzerklärung