

Réflexions sur l'évolution du taux des césariennes

C Racinet

Once a cesarean, always a controversy

Flamm BL, 1997

Le phénomène biologique général de la reproduction a pour but final de contribuer à la survie de l'espèce. Si la grossesse, après la phase initiale de l'élimination spontanée ou provoquée des embryons malformés, n'a qu'une incidence relativement modeste sur le taux de césarienne (hors pathologie maternelle patente), la parturition, spécifique aux Mammifères, est par contre une étape spectaculaire influençant plus fortement le taux de césarienne.

Malgré des phénomènes adaptatifs pelviens contraignants, cette parturition a globalement assuré son objectif avec bonheur. Mais en l'absence d'assistance médicale, l'existence de difficultés ou dystocie, parfois spontanément mortelle pour la mère et son enfant, est le tribut à payer, heureusement quantitativement limité car l'eutocie reste la règle.

Aussi l'augmentation constamment croissante et apparemment inéluctable du taux des césariennes dans l'espèce humaine est une source d'étonnement grandissant car elle ne paraît pas reposer fondamentalement sur des justifications scientifiques indiscutables. Tout se passe comme si l'espèce humaine éprouvait progressivement le besoin d'une opération chirurgicale –la césarienne- pour se reproduire, besoin qui, transposé à n'importe quelle autre espèce, aboutirait inéluctablement à sa disparition par défaut de solution naturelle. Mais l'espèce humaine est certainement une espèce à part du fait de son aptitude à affronter, souvent avec succès, les défis biologiques et écologiques. Sa maîtrise technologique lui permet de contourner certains processus biologiques, et la césarienne à la demande est un exemple caricatural de ce contournement de la voie naturelle de l'accouchement.

Nous essayerons d'analyser ce phénomène d'inflation des césariennes, en partant des données anthropologiques sur la parturition, en passant ensuite par l'analyse critique des principales indications en pratique de la césarienne, pour aboutir in fine à une réflexion sur la prise en compte de la balance bénéfices/risques qui devrait guider le choix du mode d'accouchement.

La parturition chez nos ancêtres.

Au cours de l'évolution biologique est apparu le phénomène de la parturition : simple chez les mammifères puis progressivement complexifié chez les Primates, les Préhominiens et les Humains.

Contrairement aux primates les plus proches par exemple les chimpanzés, qui possèdent un bassin en tension modelé par la déambulation en position suspendue, l'espèce humaine dont la locomotion est en appui pédieux a constitué un bassin en compression.

Sans vouloir entrer dans les détails, la parturition humaine est ainsi devenue relativement complexe au fur et à mesure de la création d'une mécanique obstétricale spécifique à l'espèce.

On identifie en effet deux phénomènes qui la rendent parfois laborieuse:

- *l'acquisition de la bipédie*, obligeant à un verrouillage utérin per-gravidique et au modelage pelvien;
- *l'augmentation progressive de la taille du crâne fœtal* à l'origine de difficultés d'accouchement (confinant à la dystocie) et de lésions périnéales,

lesquels obligent à une véritable négociation de nature mécanique pour assurer le passage du segment fœtal peu compressible qu'est la tête fœtale à travers le défilé dessiné par les éléments osseux du pelvis.

La première et longtemps unique réponse aux difficultés mécaniques de la parturition a été la mobilisation spontanée de la parturiente et l'adoption par celle-ci de postures facilitantes permettant, grâce au jeu des articulations pelviennes, d'optimiser les dimensions des détroits pelviens successivement abordés par la présentation fœtale. Elles concourent aussi à la résolution du véritable paradoxe qu'est le maintien en place des viscères pelviens.

De l'exception à la banalisation

Mais la césarienne est venue récemment apporter la solution, de plus en plus sûre, au contournement de l'obstacle pelvien réel (ce qui est peu fréquent) ou supposé (ce qui est par contre très fréquent) puis au gré de l'extension des indications finir par représenter aux yeux des non-spécialistes (magistrats en particulier...) l'arme absolue contre toute difficulté obstétricale. Ainsi donc, on est progressivement passé de l'exception à la banalisation d'une intervention chirurgicale, ce qui peut être perçu comme une démarche de progrès dans toutes les disciplines médicales car elles s'occupent de pathologies, mais qui est source d'interrogations en Obstétrique qui s'occupe majoritairement de gens bien portants.

Résumons donc ...

- des milliers de siècles de parturition spontanée,
- quelques siècles d'assistance obstétricale à l'accouchement « naturel »,
- moins d'un siècle de césarienne sélective...

Et maintenant : la césarienne quasi systématique et programmée ? C'est tout au moins ce que l'on pourrait penser au vu de taux atteignant90% dans certaines cliniques brésiliennes, et qui s'élèvent très fortement dans des pays comme la Chine et ceux du Sud-Est asiatique !

En France le chiffre est passé d'environ 3-4% en 1965 pour atteindre 20,1% en 2003 (21,5% au Royaume Uni en 2003 et 29,1% aux USA en 2004)

On peut estimer que les taux nationaux varient de 10 à 30%, sans que les taux élevés ne soient explicables par une prédisposition ethnique à la dystocie, car les peuples de petite stature font des enfants petits dont les paramètres biométriques sont naturellement corrélés à ceux de leurs parents.

Les principaux facteurs de cette évolution ne sont pas biologiques : il y a longtemps que le taux jugé suffisant par Savage (ne dépassant pas 10%) pour éradiquer le traumatisme foetal lié à la dystocie osseuse avérée a été dépassé (1). Cependant l'élévation de l'âge moyen des femmes qui accouchent, observée en France, peut être un facteur explicatif de l'augmentation du taux des césariennes.

Les facteurs essentiels sont de nature sociologique et démographique. Michel Odent dans sa remarquable réflexion sur les Césariennes (2), estime que le facteur essentiel expliquant les différences nationales est le sens du rapport du nombre de gynécologues accoucheurs à celui des sages-femmes, l'excès de gynécologues favorisant un taux élevé de césariennes et l'inverse favorisant un taux plus élevé d'accouchements par voie basse.

Quel est le taux optimum de césariennes ?

Mais il persiste une question lancinante : quel est le taux optimum de césarienne susceptible d'optimiser la santé et le bien-être actuels et futurs des mères d'une part et des enfants d'autre part ? Étant entendu que toute pratique déviante (notamment un « excès » de césarienne) a une répercussion médico-économique, qu'il faudra bien un jour ou l'autre intégrer dans les choix décisionnels (3)...

Une tentative de solution a été fournie par l'Organisation Mondiale de la Santé en 1985, proposant que les taux nationaux se situent "raisonnablement" entre 10 et 15% des naissances, à 10% pour Derom (1987) et à moins de 10% pour Savage (1992). On peut effectivement partir du principe que la grossesse et l'accouchement sont essentiellement des phénomènes physiologiques - de distribution gaussienne par

postulat - et que la pathologie n'en occupe que les marges et ne saurait excéder les chiffres suscités aux alentours de 10%.

À cette position « naturaliste » s'oppose la position « évolutionniste » ou libérale qui s'appuie sur le principe de précaution et ne saurait tolérer le moindre risque, faisant ainsi de la césarienne l'arme absolue déjà évoquée pour répondre à cette angoisse. Il est évident que cette réponse est souvent excessive, car les marqueurs sanitaires ne sont plus favorablement influencés par une pratique élargie de la césarienne au-delà d'un seuil... qui reste à définir, mais qui a déjà été dépassé, si on se réfère au marqueur classique mais contesté qu'est le taux de mortalité périnatale.

L'amélioration a été indiscutable, mais il est vain actuellement d'espérer tendre vers le risque zéro par l'augmentation toujours croissante de la pratique de la césarienne. Par ailleurs, si l'on s'intéresse à l'incidence chez l'enfant de l'infirmité motrice d'origine cérébrale qui est d'environ 2 pour 1000 naissances vivantes, on constate que le Plan Périnatalité français de 1971 qui espérait la réduire de 50% a été un échec permanent et toujours actuel pour ce marqueur. Cette incidence n'a en effet été aucunement influencée malgré l'élévation du taux de césarienne par un facteur 5 à 6, lui-même induit en grande partie par le taux très élevé des faux positifs du monitoring du rythme cardiaque fœtal (RCF) pourtant généralisé à tous les accouchements (et ceci sans validation préalable de son impact sur la santé périnatale).

Les principales causes médicales de cette évolution

- L'augmentation des premières césariennes entretient la cohorte croissante des **utérus cicatriciels**, qui devient l'indication majoritairement responsable de l'élévation des taux. Il faut en effet souligner que le risque de rupture utérine en cas d'essai de voie basse, qui avait été sous-évalué dans les années 90, revient en force dans les estimations et le mouvement en faveur de l'essai de voie basse est en train de s'inverser au profit de la césarienne de principe, d'autant plus que presque toutes les ruptures utérines accompagnées d'une morbidité foeto-maternelle sérieuse dans 10 à 25% des cas, entraînent des plaintes en justice.

- La « **souffrance** » **foetale** continue à être dénommée ainsi bien que ce terme ait disparu en 1998 de la Classification internationale des maladies. C'est en effet un concept flou et ambigu qui repose essentiellement sur l'interprétation subjective du RCF, dont on rappelle les très nombreux faux positifs pour une réelle asphyxie foetale, et la très mauvaise concordance inter- voire intra-observateur. Le diagnostic d'acidose foetale métabolique n'est évoqué avec une certaine fiabilité que par les tracés plats du RCF. , Hormis les urgences obstétricales telles que procidence du cordon..., elle devrait être documentée par l'étude du pH foetal ou des lactates pour pouvoir évoquer un risque majeur d'asphyxie foetale et intervenir à bon escient : on

en est encore loin, et cette erreur fondamentale perdure dans les prétoires... expliquant une part importante de l'élévation du taux des césariennes.

- **La dystocie** représente encore un chapitre non négligeable des indications, bien que la dystocie osseuse avérée soit devenue très rare. Il existe en effet un grand nombre de difficultés mécaniques et/ou dynamiques mineures qui, associées en général à un RCF douteux, sont allègrement baptisées dystocie et constituent un alibi idéal pour poser rapidement l'indication de césarienne. L'excuse est évidente : les excès de condamnations pour absence et surtout retard à la césarienne en cas de problème post-natal entretiennent cette évolution. Il faut espérer que la récente prise de conscience des effets favorables de la mobilisation maternelle et de l'alternance de postures variées sur la progression du travail et le rétablissement de l'eutocie, soit suivie d'une réduction notable de cette indication. Rappelons que la prescription de radiopelvimétrie est inutile (même en cas de suspicion de macrosomie ou d'utérus cicatriciel...) : il s'agit d'une recommandation forte de grade A.

- **La présentation du siège** a donné lieu à un incroyable psychodrame. Après que Mary Hannah ait péremptoirement généralisé au monde entier les conclusions de son essai randomisé en faveur de la césarienne systématique pour le siège à terme, elle a publié le suivi post-natal à 2 ans dans une autre revue à l'impact moins fort que la 1^{ère} et en se plaçant modestement en retrait ! Les données ne permettaient plus de considérer que les résultats de la césarienne étaient meilleurs que l'essai de voie basse après sélection adéquate. Mais le mal médiatique était consommé et nul média ne s'est intéressé à la 2^{ème} publication qui gommait pourtant la 1^{ère}. En France et en Belgique, l'étude prospective de Goffinet nous rassure quant à notre pratique et nous autorise, si la patiente le demande et si le bilan est favorable, à continuer à accoucher un certain nombre de sièges par voie basse, car dans ces conditions il n'y a pas de risque fœtal accru. Cependant la quasi absence de formation pratique à cet accouchement potentiellement dystocique ne permettra pas de limiter la part de cette indication dans le taux de césariennes.

- Enfin, dernière indication en voie de développement, celle de **la césarienne dite de convenance**. En cas de telle demande, NICE dans ses Clinical Guidelines d'avril 2004 recommande d'explorer les raisons de la demande, de les discuter et de les noter sur le dossier (pour plus de détails consulter le site www.nice.org.uk) Si la demande persiste, il paraît important d'exposer tous les bénéfices/risques de la césarienne vs voie basse et d'en conserver une trace écrite. Il est indiscutable que la décision éclairée diminue significativement la fréquence des interventions chirurgicales mal étayées.

La balance bénéfiques/risques

Elle n'est encore que trop rarement exposée de façon exhaustive car consommatrice de temps et mériterait la délivrance d'un texte que la patiente aurait tout loisir d'étudier chez elle à tête reposée.

En préambule, il paraît utile de rappeler les recommandations du Comité d'éthique de la FIGO publiées en 1999 :

« -L'intervention césarienne est une opération chirurgicale qui comporte des risques tant pour la mère que pour l'enfant.

- Les médecins ont le devoir de ne rien entreprendre qui puisse leur porter préjudice.
- Les médecins n'ont aucune obligation de faire une intervention qui n'offre aucun avantage médical connu.
- Les données disponibles suggèrent qu'un accouchement normal par voie vaginale offre plus de sécurité dans le court et le long terme pour la mère comme pour l'enfant. Pratiquer une intervention césarienne pour une indication qui ne serait pas médicalement nécessaire reste éthiquement injustifié »

Les bénéfices associés à la césarienne se discutent à 3 niveaux :

- 1) Lorsque l'indication est clairement justifiée, le bénéfice est évident
- 2) Lorsque l'indication n'est pas bien étayée, le bénéfice pour l'enfant n'est pas probant
- 3) Les bénéfices de la planification sont socio-familiaux et/ou médicaux: élimination du risque (rare) de la mortalité foetale tardive ou de l'inhalation méconiale liée à la post-maturité.

Les risques associés à la césarienne doivent être exposés de façon exhaustive selon 5 rubriques (pour plus de précisions consulter le site www.maternitywise.org) :

- Risques à court terme (15 items)
- Risques à long terme (2 items)
- Risques pour le nouveau-né (4 items)
- Risques maternels pour les futures grossesses (8 items)
- Risques périnataux pour les futures grossesses (4 items)

Si l'on compare les risques des voies d'accouchement, établis à partir des données fiables de la littérature, on remarque que le risque de la césarienne est majoritairement plus important. Ainsi dans 33 domaines la césarienne (programmée ou d'urgence) comporte plus de risques que la voie vaginale, dans 4 domaines c'est la voie vaginale spontanée qui comporte plus de risques que la césarienne (mais dans 13 domaines la voie vaginale assistée est plus risquée que la voie spontanée).

Mais il importe que ce soit la patiente qui estime elle-même quelle est la valeur qu'elle attribue personnellement à tel ou tel item (c'est la notion d'utilité qui lui sera propre).

En conclusion de ces réflexions, on peut schématiquement penser que si l'inflation du taux de césarienne persiste, elle dépassera (ce qu'elle fait déjà) les réels besoins de santé publique mais répondra plutôt à un besoin de confort qui n'est pas franchement exprimé, ce qui ne manquera pas de soulever des problèmes économiques donc politiques. Jusqu'à quand la société va-t-elle tolérer une confiscation des moyens économiques au profit d'une discipline qui pourrait mieux s'organiser ? Il est vrai que la crainte médico-légale est trop souvent concrétisée à tort par une condamnation (et les exemples commencent à fleurir en nombre) posant le problème de la crédibilité de certaines expertises judiciaires concernant l'absence ou le retard de la césarienne en cas de problème post-natal (4).

Par ailleurs, les associations d'usagers sont de plus en plus concernées, à juste titre, dans la réflexion autour de la naissance. Qu'on le veuille ou non, si les obstétriciens n'en prennent pas eux-mêmes l'initiative, elles imposeront à terme une saine réflexion, à partir d'une analyse exhaustive des données prouvées. De toute façon leur contribution est incontournable car la notion d'utilité est strictement personnelle et échappe au strict domaine de compétence du médecin. C'est à partir d'une collaboration des usagers avec les médecins que pourra se dégager une plus saine évaluation des indications pertinentes de la césarienne.

Références

- 1) Savage W. The rise in caesarean section: anxiety or science? In *Obstetrics in the 1990s: current controversies*. Mac Keith Press, 1992, p.167-191.
- 2) Odent M. *Césariennes : questions, effets, enjeux. Alerte face à la banalisation*. Editions Le souffle d'or, 2005.
- 3) Racinet C, Favier M, Meddoune M. *La césarienne*, Sauramps médical, Montpellier 2002, p.477-479.
- 4) Blanchard S, *Le Monde*, 14 mars 2006.