

Déclaration de l'OMS sur les taux de césarienne

La priorité ne devrait pas être d'atteindre un taux spécifique mais de tout mettre en œuvre pour pratiquer une césarienne chez toutes les femmes qui en ont besoin

Résumé d'orientation

Depuis 1985, la communauté internationale de la santé considère que le taux de césarienne idéal se situe entre 10 % et 15 %. Depuis cette époque, l'accouchement par césarienne est de plus en plus fréquemment réalisé aussi bien dans les pays développés que dans les pays en développement. Lorsqu'elle est médicalement justifiée, la césarienne peut prévenir efficacement la mortalité et la morbidité maternelles et périnatales. Toutefois, aucune donnée ne montre que l'accouchement par césarienne ait un effet bénéfique chez la femme ou le nourrisson lorsqu'il n'est pas nécessaire. Comme toute intervention chirurgicale, la césarienne est associée à des risques à court et à long termes pouvant perdurer plusieurs années après l'accouchement et affecter la santé de la femme et de son enfant ainsi que les grossesses ultérieures. Ces risques sont accrus chez les femmes ayant un accès limité à des soins obstétricaux complets.

Ces dernières années, les gouvernements et les cliniciens ont exprimé leur préoccupation face à l'augmentation du nombre d'accouchements par césarienne et aux conséquences négatives potentielles pour la santé maternelle et infantile. De plus, la communauté internationale a évoqué, à maintes reprises, la nécessité de reconsidérer le taux de césarienne recommandé en 1985.

Les taux de césarienne au niveau de la population

L'OMS a réalisé deux études : une revue systématique des études disponibles visant à déterminer le taux de césarienne idéal dans une population ou un pays donné, et une analyse mondiale des dernières données nationales disponibles. Sur la base des données disponibles et en utilisant les méthodes internationalement reconnues pour évaluer les données factuelles au moyen des techniques analytiques les plus appropriées, l'OMS est parvenue aux conclusions suivantes :

1. La césarienne est efficace pour sauver la vie de mères et de nouveau-nés, mais uniquement lorsqu'elle est justifiée par une indication médicale.
2. Au niveau de la population, les taux de césarienne supérieurs à 10 % ne sont pas associés à une réduction des taux de mortalité maternelle et néonatale.
3. Les césariennes peuvent causer des complications majeures et parfois permanentes, des incapacités ou des décès, notamment dans les lieux ne disposant pas des infrastructures et/ou capacités nécessaires pour garantir la sécurité chirurgicale et traiter les complications chirurgicales. Dans l'idéal, la césarienne ne devrait être pratiquée qu'en cas de nécessité médicale.
4. La priorité ne devrait pas être d'atteindre un taux spécifique mais de tout mettre en œuvre pour pratiquer une césarienne chez toutes les femmes qui en ont besoin.
5. Les effets des taux de césarienne sur d'autres issues telles que la mortinatalité, la morbidité maternelle et périnatale, la santé des enfants et le bien-être psychologique ou social restent à déterminer. De plus amples recherches sont nécessaires pour comprendre les effets de la césarienne sur la santé à court et à long terme.

Les taux de césarienne au niveau de l'hôpital et la nécessité d'un système de classification international

Il n'existe aujourd'hui aucun système de classification internationalement reconnu pour la césarienne qui permettrait de réaliser des comparaisons pertinentes et significatives des taux de césarienne entre différents établissements de soins, villes ou régions. Parmi les systèmes de classification des césariennes existants, la classification en 10 groupes (également appelée « classification de Robson ») a été largement utilisée dans de nombreux pays au cours des dernières années. En 2014, l'OMS a réalisé une revue systématique sur l'expérience des utilisateurs de la classification de Robson visant à évaluer les avantages et les inconvénients associés à son adoption, sa mise en œuvre et son interprétation, et à identifier les obstacles, les éléments facilitateurs et les adaptations ou modifications potentielles.

L'OMS propose d'adopter le système de classification de Robson comme système international de référence pour l'évaluation, la surveillance et la comparaison des taux de césarienne au sein des établissements de soins dans le temps et entre établissements de soins. Afin d'aider les établissements de soins à adopter la classification de Robson, l'OMS élaborera des recommandations sur son utilisation, sa mise en œuvre et son interprétation, qui incluront des termes et des définitions normalisés.

Introduction

Depuis près de 30 ans, la communauté internationale de la santé considère que le taux de césarienne idéal se situe entre 10 % et 15 %. Ce seuil avait été retenu par un groupe d'experts en santé génésique à l'occasion d'une réunion organisée par l'Organisation mondiale de la Santé (OMS) en 1985 à Fortaleza, Brésil, qui avait déclaré : « il n'y a manifestement aucune justification pour que dans telle ou telle région géographique, plus de 10-15 % des accouchements soient pratiqués par césarienne » (1). Le groupe d'experts était parvenu à cette conclusion en se fondant sur l'examen des données limitées disponibles à l'époque, provenant principalement de pays d'Europe du Nord qui enregistraient de bons résultats maternels et périnataux avec ce taux de césarienne.

Depuis cette époque, l'accouchement par césarienne est de plus en plus fréquemment réalisé aussi bien dans les pays développés que dans les pays en développement et ce, pour de multiples raisons (2, 3). Lorsqu'elle est médicalement justifiée, la césarienne peut prévenir efficacement la mortalité et la morbidité maternelles et périnatales (4). Toutefois, aucune donnée ne montre que l'accouchement par césarienne ait un effet bénéfique chez la femme ou le nourrisson lorsqu'il n'est pas nécessaire. Comme toute intervention chirurgicale, la césarienne est associée à des risques à court et à long termes pouvant perdurer plusieurs années après l'accouchement et affecter la santé de la femme et de son enfant ainsi que les grossesses ultérieures. Ces risques sont accrus chez les femmes ayant un accès limité à des soins obstétricaux complets (5, 6, 7).

Le pourcentage de césariennes au sein d'une population permet de mesurer le niveau d'accès et de recours à cette intervention. Il peut servir d'indicateur pour les décideurs politiques et les gouvernements afin d'évaluer les progrès réalisés en santé maternelle et infantile et de surveiller les soins obstétricaux d'urgence et l'utilisation des ressources (8). Ces dernières années, les gouvernements et les cliniciens ont exprimé leur préoccupation face à l'augmentation du nombre d'accouchements par césarienne et aux conséquences négatives potentielles pour la santé maternelle et infantile (9, 10, 11, 12). Les césariennes représentant une dépense significative pour des systèmes de santé surchargés, et souvent affaiblis, leur coût constitue aussi un facteur majeur pour améliorer l'accès équitable aux soins maternels et néonataux (12, 13, 14).

Au cours des 30 dernières années, à mesure que les données factuelles sur les bénéfices et les risques associés à la césarienne devenaient plus nombreuses et que les soins obstétricaux cliniques et les méthodologies utilisées pour évaluer les données et formuler des recommandations connaissaient des avancées significatives, les professionnels de santé, scientifiques, épidémiologistes et décideurs politiques ont été de plus en plus nombreux à demander à ce que le taux recommandé en 1985 soit reconsidéré (9, 15). Déterminer le taux de césarienne adéquat au sein d'une population (à savoir le taux minimum de césariennes justifiées par une indication médicale tout en évitant les interventions chirurgicales non nécessaires sur le plan médical) est toutefois une tâche ardue. Afin de répondre à cette question, l'OMS a réalisé deux études : une revue systématique des études nationales disponibles ayant cherché à déterminer ce taux, et une analyse mondiale des dernières données nationales disponibles. Le processus et les résultats sont décrits dans la première partie de cette Déclaration.

Une des difficultés majeures pour définir le taux de césarienne optimal, quel que soit le niveau de mesure de ce taux, réside dans le fait qu'il n'existe pas de système de classification fiable et mondialement reconnu pour générer des données normalisées qui permettent de réaliser des comparaisons entre populations et d'étudier les facteurs contributifs à la tendance à la hausse du nombre de césariennes.

Parmi les systèmes de classification des césariennes existants, la classification en 10 groupes (également appelée « classification de Robson ») a été largement utilisée dans de nombreux pays au cours des dernières années (16, 17). Proposé par le Dr Michael Robson en 2001 (18), ce système classe les femmes en fonction de leurs caractéristiques obstétricales, permettant ainsi de comparer les taux de césariennes en limitant les facteurs de confusion. L'OMS a réalisé deux revues systématiques visant à évaluer la valeur, les avantages et les inconvénients potentiels de l'utilisation de cette classification pour mieux comprendre les taux de césarienne et les tendances en la matière dans le monde. Le processus de recherche et les conclusions sont détaillés dans la deuxième partie de la présente Déclaration.



1. Les taux de césarienne au niveau de la population

Les études écologiques consistent à réaliser des comparaisons et des analyses portant sur des populations entières plutôt que sur des individus. Les populations sont souvent définies au sein de frontières géopolitiques ; il est donc important de distinguer les études en population des études sur les patients d'établissements de soins donnés (« études en milieu hospitalier »).

Les taux d'accouchement par césarienne au sein des établissements de soins varient considérablement en fonction de la composition des populations obstétricales qu'ils prennent en charge, de leurs capacités et de leurs ressources ainsi que de leurs protocoles de prise en charge clinique. En raison de ces différences, le taux de césarienne recommandé au niveau de la population ne peut pas être considéré comme le taux idéal au niveau de l'hôpital.

En 2014, l'OMS a réalisé une revue systématique des études écologiques disponibles dans la littérature scientifique, avec pour objectif d'identifier, d'évaluer de façon critique et de synthétiser les résultats de ces études qui analysent l'association entre les taux de césarienne et les issues maternelles, périnatales et infantiles (19). Parallèlement, elle a conduit une étude écologique mondiale visant à évaluer l'association entre la césarienne et la mortalité néonatale et maternelle, en se fondant sur les dernières données disponibles (20). Les résultats ainsi obtenus ont été examinés par un groupe d'experts internationaux lors d'une consultation organisée par l'OMS à Genève, Suisse, les 8 et 9 octobre 2014. Le groupe d'experts a formulé les observations suivantes :

1. D'après la revue systématique de l'OMS, les hausses des taux de césarienne jusqu'à 10 à 15 % au niveau de la population sont associées à une diminution de la mortalité maternelle, néonatale et infantile (19). L'augmentation du taux de césarienne au-delà de ce seuil n'est plus associée à une réduction de la mortalité. Cependant, cette association entre des taux plus élevés de césarienne et une mortalité réduite était moindre, voire inexistante, dans les études incluant un ajustement sur les facteurs socio-économiques (3, 21). Puisqu'il est probable que ces facteurs expliquent en majeure partie l'association entre les taux plus élevés de césarienne et la mortalité réduite observée dans cette revue, l'OMS a réalisé une autre étude pour analyser plus avant la question.
2. L'étude écologique mondiale de l'OMS a mis en évidence qu'une partie significative de l'association brute entre le taux de césarienne et la mortalité semble être expliquée par des facteurs socio-économiques (20). Cependant, en dessous d'un taux de césarienne de 10 %, la mortalité néonatale et maternelle diminuait si le taux de césarienne augmentait. Lorsque les taux de césarienne augmentaient au-delà de 10 % et jusqu'à 30 %, aucun effet n'était observé sur les taux de mortalité. L'analyse a été réalisée selon une approche longitudinale, en utilisant des données nationales et incluait un ajustement sur le développement socio-économique. Si cette approche pourrait permettre de pallier certaines limites des études transversales incluses dans la revue systématique, il convient toutefois de souligner que les associations écologiques n'impliquent pas de lien de causalité.
3. Les données actuelles ne nous permettent pas d'évaluer le lien entre la mortalité néonatale et maternelle et des taux de césarienne supérieurs à 30 %.
4. La qualité des soins, notamment en termes de sécurité, est un facteur important à prendre en considération lors de l'analyse des taux de césarienne et de la mortalité. Le risque d'infection et les complications de la chirurgie sont potentiellement dangereux, particulièrement dans les lieux ne disposant pas des infrastructures et/ou des capacités nécessaires pour garantir la sécurité chirurgicale.



5. L'association entre les taux de césarienne et la mortalité ou la morbidité n'a pas pu être déterminée faute de données en population. Les études écologiques disponibles analysaient uniquement les indicateurs de mortalité, probablement car ils sont plus facilement disponibles que les indicateurs de morbidité néonatale et maternelle au niveau de la population. Les aspects sociaux et psychologiques liés à la voie d'accouchement n'ont pas non plus été pris en considération dans l'étude. Dans la mesure où la mortalité

est une issue rare, en particulier dans les pays développés, les futures études devront évaluer l'association entre les taux de césarienne et les résultats en termes de morbidité maternelle et périnatale à court et à long termes (fistules obstétricales, asphyxie à la naissance, par exemple). Ces derniers incluent notamment les implications psychosociales concernant la relation entre la mère et le nourrisson, la santé psychologique de la mère, sa capacité à commencer efficacement l'allaitement et les issues de santé pédiatriques.

Conclusions

Sur la base des données disponibles et en utilisant les méthodes internationalement reconnues pour évaluer les données factuelles au moyen des techniques analytiques les plus appropriées, l'OMS est parvenue aux conclusions suivantes :

1. La césarienne est efficace pour sauver la vie de mères et de nouveau-nés, mais uniquement lorsqu'elle est justifiée par une indication médicale.
2. Au niveau de la population, les taux de césarienne supérieurs à 10 % ne sont pas associés à une réduction des taux de mortalité maternelle et néonatale.
3. Les césariennes peuvent causer des complications majeures et parfois permanentes, des incapacités ou des décès, notamment dans les lieux ne disposant pas des infrastructures et/ou capacités nécessaires pour garantir la sécurité chirurgicale et traiter les complications chirurgicales. Dans l'idéal, la césarienne ne devrait être pratiquée qu'en cas de nécessité médicale.
4. La priorité ne devrait pas être d'atteindre un taux spécifique mais de tout mettre en œuvre pour pratiquer une césarienne chez toutes les femmes qui en ont besoin.
5. Les effets des taux de césarienne sur d'autres issues telles que la mortalité, la morbidité maternelle et périnatale, la santé des enfants et le bien-être psychologique ou social restent à déterminer. De plus amples recherches sont nécessaires pour comprendre les effets de la césarienne sur la santé à court et à long terme.

2. Les taux de césarienne au niveau de l'hôpital et la nécessité d'un système de classification international

Au niveau des établissements, il est essentiel de surveiller les taux de césarienne en tenant compte des caractéristiques spécifiques des populations qu'ils accueillent (variété du profil obstétrical des femmes). Il n'existe pas aujourd'hui de système de classification standard pour la césarienne qui permettrait de comparer les taux de césarienne entre différents établissements de soins, villes, pays ou régions de manière utile et concrète. Il n'est par conséquent pas encore possible d'échanger les informations de façon constructive, ciblée et transparente afin de surveiller efficacement les résultats périnataux et maternels (22).

En 2011, après avoir réalisé une revue systématique des systèmes utilisés pour classifier les césariennes, l'OMS a conclu que la classification de Robson constitue le système qui répond le mieux aux besoins actuels aussi bien au niveau local qu'international. Elle a recommandé de s'appuyer sur cette dernière pour élaborer un système de classification des césariennes universellement applicable (16).

Le système de Robson classe toutes les femmes en 10 catégories mutuellement exclusives qui forment un ensemble exhaustif (voir Encadré 1). Ces catégories reposent sur cinq caractéristiques obstétricales de base qui sont systématiquement enregistrées dans toutes les maternités :

- la parité (nullipare, multipare avec ou sans antécédent de césarienne) ;
- le début du travail (spontané, déclenchement ou césarienne avant travail) ;
- l'âge gestationnel (avant terme ou à terme) ;
- la présentation du fœtus (céphalique, siège ou transverse) ; et
- le nombre de fœtus (grossesse unique ou multiple).

Il s'agit d'une classification simple, solide, reproductible, pertinente sur le plan clinique et prospective – c'est à dire que toutes les femmes admises pour un accouchement peuvent être immédiatement classées dans l'un des 10 groupes d'après ces quelques caractéristiques de base. Cela permet de comparer et d'analyser les taux de césarienne au sein de ces groupes et entre eux.

En 2014, l'OMS a réalisé une seconde revue systématique sur l'expérience des utilisateurs de la classification de Robson visant à évaluer les avantages et les inconvénients associés à son adoption, sa mise en œuvre et son interprétation, et à identifier les obstacles, les éléments facilitateurs et les adaptations ou modifications potentielles (17). L'OMS a invité un groupe d'experts à examiner les données à Genève les 8 et 9 octobre 2014. Afin d'établir un point de départ commun pour comparer les données périnatales et maternelles au sein des établissements de soins dans le temps et entre les établissements de soins, le groupe d'experts a formulé une série de recommandations :

1. Les établissements de soins devraient utiliser le système de classification de Robson pour les femmes hospitalisées pour un accouchement.
2. Tout en conservant la structure originale nécessaire pour réaliser des comparaisons normalisées, les utilisateurs du système de classification peuvent souhaiter subdiviser les 10 groupes et analyser d'autres variables (données épidémiologiques, coûts, résultats ou indications, par exemple) au sein de chaque groupe, en fonction des besoins et des intérêts locaux.
3. Les comptes-rendus des résultats de la classification devraient, si possible, être mis à la disposition du public.

L'OMS espère que cette classification aidera les établissements de soins à :

- optimiser l'utilisation de la césarienne en contribuant à identifier, analyser et mettre l'accent sur les interventions portant sur des groupes spécifiques particulièrement pertinents pour chacun d'eux ;
- évaluer l'efficacité des stratégies ou interventions visant à optimiser l'utilisation de la césarienne ;
- évaluer la qualité des soins, les stratégies de prise en charge clinique et les résultats par groupe ;
- évaluer la qualité des données collectées et sensibiliser le personnel à l'importance des données et de leur utilisation.

Encadré : 1 La classification de Robson

Groupe 1



Nullipares, grossesse unique, présentation céphalique, âge gestationnel \geq 37 semaines, travail spontané

Groupe 6



Toutes les nullipares, grossesse unique, présentation du siège

Groupe 2



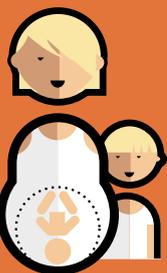
Nullipares, grossesse unique, présentation céphalique, âge gestationnel \geq 37 semaines, déclenchement du travail ou césarienne avant travail

Groupe 7



Toutes les multipares, grossesse unique, présentation du siège, utérus cicatriciel inclus

Groupe 3



Multipares, sans utérus cicatriciel, grossesse unique, présentation céphalique, âge gestationnel \geq 37 semaines, travail spontané

Groupe 8



Toutes les grossesses multiples, utérus cicatriciel inclus.

Groupe 4



Multipares, sans utérus cicatriciel, grossesse unique, présentation céphalique, âge gestationnel \geq 37 semaines, déclenchement du travail ou césarienne avant travail

Groupe 9



Toutes les grossesses uniques avec présentation transverse ou oblique, utérus cicatriciel inclus

Groupe 5



Toutes les multipares avec au moins une cicatrice utérine, grossesse unique, présentation céphalique, âge gestationnel \geq 37 semaines

Groupe 10



Toutes les grossesses uniques avec présentation céphalique, âge gestationnel $<$ 37 semaines, utérus cicatriciel inclus

Conclusion

L'OMS propose d'adopter le système de classification de Robson comme système international de référence pour l'évaluation, la surveillance et la comparaison des taux de césarienne dans les établissements de soins au cours du temps et entre établissements de soins. Afin d'aider les établissements de soins à adopter la classification de Robson, l'OMS élaborera des recommandations sur son utilisation, sa mise en œuvre et son interprétation, qui incluront des termes et des définitions normalisés.

Références

1. Appropriate technology for birth. *Lancet*. 1985;2(8452):436-7.
2. Vogel JP, Betrán AP, Vindevoghel N, Souza JP, Torloni MR, Zhang J et al. on behalf of the WHO Multi-Country Survey on Maternal and Newborn Health Research Network. Use of the Robson classification to assess caesarean section trends in 21 countries: a secondary analysis of two WHO multicountry surveys. *Lancet Global Health* 2015;3(5):e260-70.
3. Ye J, Betran AP, Vela MG, Souza JP, Zhang J. Searching for the Optimal Rate of Medically Necessary Cesarean Delivery. *Birth*. 2014;41(3):237-43.
4. Hannah ME, Hannah WJ, Hewson SA, Hodnett ED, Saigal S, Willan AR. Planned caesarean section versus planned vaginal birth for breech presentation at term: a randomised multicentre trial. Term Breech Trial Collaborative Group. *Lancet*. 2000;356(9239):1375-83.
5. Lumbiganon P, Laopaiboon M, Gulmezoglu AM, Souza JP, Taneepanichskul S, Ruyan P, et al. Method of delivery and pregnancy outcomes in Asia: the WHO global survey on maternal and perinatal health 2007-08. *Lancet*. 2010;375:490-9.
6. Villar J, Carroli G, Zavaleta N, Donner A, Wojdyla D, Faundes A, et al. Maternal and neonatal individual risks and benefits associated with caesarean delivery: multicentre prospective study. *BMJ*. 2007;335(7628):1025.
7. Souza JP, Gulmezoglu A, Lumbiganon P, Laopaiboon M, Carroli G, Fawole B, et al. Caesarean section without medical indications is associated with an increased risk of adverse short-term maternal outcomes: the 2004-2008 WHO Global Survey on Maternal and Perinatal Health. *BMC medicine*. 2010;8:71.
8. Monitoring emergency obstetric care: a handbook. Geneva, Switzerland: World Health Organization, 2009.
9. Victora CG, Barros FC. Beware: unnecessary caesarean sections may be hazardous. *Lancet*. 2006;367(9525):1796-7.
10. Steer PJ, Modi N. Elective caesarean sections--risks to the infant. *Lancet*. 2009;374(9691):675-6.
11. Caesarean section--the first cut isn't the deepest. *Lancet*. 2010;375(9719):956.
12. Mi J, Liu F. Rate of caesarean section is alarming in China. *Lancet*. 2014;383(9927):1463-4.
13. Gibbons L, Belizan JM, Lauer JA, Betran AP, Merialdi M, Althabe F. Inequities in the use of cesarean section deliveries in the world. *Am J Obstet Gynecol*. 2012;206(4):331 e1-19.
14. Connolly ML. High caesarean section figures in Northern Ireland questioned: BBC News Northern Ireland; 2014 [cited 2014]. Available from: <http://www.bbc.com/news/uk-northern-ireland-27195161>.
15. What is the right number of caesarean sections? *Lancet*. 1997;349:815-6.
16. Torloni MR, Betran AP, Souza JP, Widmer M, Allen T, Gulmezoglu M, et al. Classifications for caesarean section: a systematic review. *PLoS ONE*. 2011;6(1):e14566.
17. Betran AP, Vindevoghel N, Souza JP, Gulmezoglu AM, Torloni MR. A Systematic Review of the Robson Classification for Caesarean Section: What Works, Doesn't Work and How to Improve It. *PLoS One*. 2014;9(6):e97769.
18. Robson MS. Classification of caesarean sections. *Fetal and Maternal Medicine Review*. 2001;12(1):23-39.



19. Betran AP, Torloni MR, Zhang J, Ye J, Mikolajczyk R, Deneux-Tharaux C et al. What is the optimal rate of caesarean section at population level? A systematic review of ecologic studies. *Reprod Health*. 2015;12(1):57.
20. Ye J, Zhang J, Mikolajczyk R, Torloni MR, Gülmezoglu AM, Betrán AP. Association between rates of caesarean section and maternal and neonatal mortality in the 21st century: a worldwide population-based ecological study with longitudinal data. *BJOG*. 2015 Aug 24 (Epub ahead of print).
21. Althabe F, Sosa C, Belizan JM, Gibbons L, Jacquerioz F, Bergel E. Cesarean section rates and maternal and neonatal mortality in low-, medium-, and high-income countries: an ecological study. *Birth*. 2006;33(4):270-7.
22. Robson M, Hartigan L, Murphy M. Methods of achieving and maintaining an appropriate caesarean section rate. *Best Pract Res Clin Obstet Gynaecol*. 2013;27:297-308.