

Diminution du taux de césariennes : la tendance va-t-elle se poursuivre?

Wayne J. Millar, Cyril Nair et Surinder Wadhera*

Résumé

Depuis le milieu des années 1980, le taux de césariennes pratiquées au Canada est en baisse. Ainsi, sur 100 accouchements en 1993, 18 des accouchements ont été faits par césarienne; alors que la proportion était de près de 20 pour 100 en 1987. Toujours en 1993, 9 accouchements sur 100 étaient des césariennes primaires, ce qui est également une baisse par rapport au sommet de près de 11 pour 100 atteint au milieu des années 1980. Le taux des césariennes itératives a diminué, passant de 39 pour 100 césariennes au milieu des années 1980 à 34 en 1993.

Un des principaux facteurs qui a contribué à cette diminution du taux de césariennes est la hausse soutenue des accouchements par voie vaginale après césarienne. Ce taux a plus que décuplé entre 1979 et 1993 passant de 3 pour 100 césariennes antérieures à 33. On observe cette tendance en faveur de l'accouchement vaginal après césarienne dans tous les groupes d'âge.

Cependant, les taux de césariennes et d'accouchements par voie vaginale après césarienne varient sensiblement d'une province à une autre. En 1993, par exemple, le taux de césariennes variait de 15 pour 100 accouchements au Manitoba à 22 pour 100 au Nouveau-Brunswick. L'écart entre le Nouveau-Brunswick, Terre-Neuve et l'Alberta variait de 16 à 42 pour 100 pour ce qui est des accouchements par voie vaginale après césarienne.

Le présent article décrit les tendances des taux de césariennes et d'accouchements par voie vaginale après césarienne, au Canada et dans les provinces, de 1979 à 1993. Les données proviennent des hôpitaux généraux et des établissements connexes, et sont basées sur les dossiers personnels d'admission et de départ des patientes qui sont soumis à Statistique Canada.

Mots-clés : césarienne, césarienne itérative, accouchement vaginal après césarienne, complications de la grossesse

Introduction

La hausse sensible des accouchements par césarienne qu'on a observée dans un certain nombre de pays industrialisés durant les années 1970 et au début des années 1980 a fait naître un débat au sein de groupes de femmes, chez des économistes de la santé et des membres de la profession médicale sur la raison d'être de telles pratiques. Au milieu des années 1980, des conférences nationales et provinciales tenues au Canada ont recommandé l'élaboration de lignes directrices visant à réduire les interventions chirurgicales inutiles et à promouvoir les techniques d'accouchement les plus sécuritaires possibles pour la mère et son enfant^{1,2}. (Voir *Conférence consensuelle nationale de 1986 sur certains aspects de l'accouchement par césarienne*) Peu après, le nombre et le taux annuel de césariennes ont commencé à diminuer.

Le présent article trace un profil des tendances relatives aux césariennes, aux césariennes itératives, à l'accouchement vaginal après césarienne, ainsi qu'aux indications de la césarienne, au Canada et dans les provinces, de 1979 à 1993.

Diminution des césariennes

De 1979 à 1989, le nombre annuel de césariennes pratiquées au Canada est passé de près de 53 800 à un peu plus de 75 500. (Voir *Méthodologie*) Depuis 1989, le nombre n'a cessé de diminuer et il s'établissait à 68 000 en 1993 (tableau 1).

* Wayne J. Millar (613-951-1631), Cyril Nair (613-951-8387) et Surinder Wadhera (613-951-3415) travaillent à la Division des statistiques sur la santé, Statistique Canada, Ottawa, K1A 0T6.

Conférence consensuelle nationale de 1986 sur certains aspects de l'accouchement par césarienne

Préoccupé du fait que le taux de césariennes au pays était environ deux fois plus élevé que dans des pays européens de développement comparables, le Canada a initié en 1985 un processus visant à dégager un consensus pour l'élaboration de lignes directrices cliniques appropriées devant guider la pratique de la césarienne¹. L'année suivante, à la suite de la Conférence consensuelle nationale sur certains aspects de l'accouchement par césarienne -- un groupe de travail formé de 10 représentants de diverses régions du pays -- on établissait des lignes directrices visant à réduire les interventions chirurgicales inutiles tout en faisant la promotion de l'accouchement sans danger. Les recommandations du groupe ont été formulées après examen de tous les ouvrages pertinents qui avaient été publiés depuis 1960.

Les lignes directrices de 1986 visaient à contrer la hausse du taux de césariennes dans trois cas précis, à savoir : la présentation par le siège, les césariennes antérieures et le travail difficile ou prolongé (dystocie). Pour chacun de ces cas, si on avait des preuves probantes qu'une technique d'accouchement était plus sécuritaire qu'une autre, celle-ci était recommandée; si ces preuves s'avéraient moins concluantes, mais favorisaient une technique, on devait offrir cette technique de préférence à une autre.

Les lignes directrices prévoyaient également qu'on recommande un accouchement vaginal dans les cas de **présentation par le siège** à 36 semaines de gestation ou plus et/ou lorsque le poids estimé à la naissance se situait entre 2 500 et 4 000 g, et qu'on permette un accouchement vaginal dans les cas de présentation par le siège entre 31 et 35 semaines de gestation et/ou lorsque le poids estimé de l'enfant à la naissance était de 1 500 à 2 500 g. Dans les cas de présentation par le siège à 30 semaines de gestation ou moins et lorsque le poids estimé à la naissance était de moins de 1 500 g, on devait alors offrir la possibilité d'un accouchement par césarienne.

Les lignes directrices encourageaient également l'accouchement vaginal pour les femmes qui **avaient déjà subi une césarienne**, en recommandant «l'épreuve du travail» aux femmes ayant déjà eu une césarienne par incision transverse du segment inférieur, lorsqu'il s'agissait d'un accouchement simple avec présentation du sommet, et qu'il n'y avait aucune contre-indication formelle (par exemple, placenta previa). Un poids à la naissance prévu de 4 000 g ou plus ne constituait pas en soi une contre-indication à l'épreuve du travail. Par contre, une césarienne antérieure haute, une césarienne verticale basse ou une incision utérine inconnue étaient des contre-indications.

Enfin, les lignes directrices proposaient des critères qui servent à établir le diagnostic du **travail prolongé ou difficile** (dystocie), une autre indication majeure de la césarienne. Avant qu'un tel diagnostic ne soit posé, la femme doit être en phase active de travail. Durant la phase latente, un tel diagnostic n'est pas indiqué, pas plus que ne l'est la césarienne, laquelle ne doit être envisagée que beaucoup plus tard et seulement après qu'une augmentation satisfaisante de l'activité utérine durant une période jugée raisonnable s'est soldée par l'absence d'évolution du travail. On y précisait également que l'évolution lente du travail ne constitue pas en soi un problème et que la dystocie est un diagnostic valable seulement s'il y a absence de dilatation du col (moins de 0,5 cm/heure) durant quatre heures.

Par ailleurs, pour toutes les catégories — présentation par le siège, césarienne antérieure ou encore travail difficile ou prolongé — les lignes directrices insistaient sur l'expérience du médecin traitant et sur le fait que la mère doit prendre une décision éclairée. Elles préconisaient donc d'entreprendre un bilan approfondi avec la mère des risques et des avantages qui peuvent être envisagés pour elle et son enfant et qui sont, associés à la méthode d'accouchement choisie.

En 1991, les lignes directrices ont de nouveau été révisées en faveur de l'épreuve du travail après deux césariennes³.

Méthodologie

Source des données

Les données sur les césariennes pratiquées au Canada reposent sur les dossiers personnels d'admission et de départ des patientes, soumis par les hôpitaux généraux et les établissements connexes à leurs gouvernements provinciaux. Les provinces font ensuite parvenir à Statistique Canada un résumé annuel incluant les hospitalisations et les départs individuels (congés ou décès). Ce résumé annuel contient certaines données démographiques et médicales incluant l'âge, le sexe, le diagnostic, les interventions chirurgicales pratiquées, la durée de l'hospitalisation, le lieu de résidence, ainsi que le lieu et le type d'établissement. Statistique Canada vérifie ensuite les données afin d'en assurer l'intégrité et la cohérence puis entreprend des tests de validité internes pour assurer la compatibilité entre l'âge, le sexe, le diagnostic et l'intervention chirurgicale. Les données annuelles portent sur des exercices financiers s'échelonnant d'avril à mars.

Pour chaque année entre 1979 et 1993, les données concernant les taux de césariennes ont été extraites du nombre total d'accouchements. Comme les dossiers de départ de l'hôpital peuvent mentionner un ou plusieurs diagnostics, ainsi qu'une ou plusieurs interventions chirurgicales, on a mis au point, une méthode de codage hiérarchique pour identifier les indications de la césarienne⁴. On a analysé des dossiers si les codes propres à la césarienne figuraient parmi les trois premières interventions indiquées.

Classification des césariennes, selon le type d'intervention

Diagnostic	Codes de classification
Césarienne	CCADTC (86,0-86,2; 86,8; 86,9) [†]
Césarienne antérieure	CIM-9 (654,2) [‡]
Césarienne itérative et code d'intervention	CIM-9 (654,2) [‡] ; CCADTC (86,0; 86,1; 86,2; 86,8; 86,9) [†]
Accouchement vaginal après césarienne	CIM-9 (654,2) [‡] et codes d'intervention différents de la césarienne

[†] Classification canadienne des actes diagnostiques, thérapeutiques et chirurgicaux.

[‡] Classification internationale des maladies, 9^e révision.

Limites

La base de données de Statistique Canada sur la morbidité hospitalière ne contient pas de données qui pourraient préciser les facteurs associés à la césarienne, comme l'âge gestationnel, le rang de la naissance et le poids à la naissance du nourrisson. Elle est aussi limitée par le fait que les codes de classification de la CIM n'établissent pas de distinction entre les cas où la césarienne itérative est facultative et ceux où on recommande cette pratique pour des raisons médicales⁵. De plus, les données portent sur les naissances en milieu hospitalier, et excluent donc les naissances qui surviennent à l'extérieur de l'hôpital (maisons de naissance, domicile, centre de jour/chirurgie d'un jour, etc.); ces exclusions représentent toutefois moins de 1 % de l'ensemble des accouchements.

Définitions

Le *taux de césariennes* fait référence au nombre de césariennes pour 100 accouchements. Le *taux de césariennes itératives* correspond au nombre de césariennes itératives pour 100 accouchements par césarienne. Enfin, le *taux d'accouchements par voie vaginale après césarienne* indique le nombre d'accouchements par voie vaginale pour 100 accouchements chez des femmes ayant déjà eu une césarienne.

Le taux de césariennes a évolué de façon similaire, passant de 15 césariennes pour 100 accouchements en milieu hospitalier en 1979 à près de 20 pour 100 à la fin des années 1980, pour ensuite diminuer en deçà de 18 pour 100 en 1993.

Bien que les taux provinciaux de césariennes aient, dans l'ensemble, suivi une tendance semblable, on note des différences. Ainsi, dans toutes les provinces, le taux de césariennes était plus élevé en 1993 qu'en 1979 (tableau 2). Cependant, dans toutes les provinces sauf au Nouveau-Brunswick, le taux de 1993 constituait une baisse par rapport à un sommet atteint antérieurement. Le Manitoba représente un cas unique dans la mesure où le taux y est demeuré relativement stable et qu'aucune augmentation marquée n'y a été enregistrée du milieu à la fin des années 1980. En 1993, le taux de césariennes enregistré dans cette province était le plus faible au pays, tandis que les taux en Colombie-Britannique, au Nouveau-Brunswick et à l'Île-du-Prince-Édouard étaient les plus élevés.

Plus la mère est âgée, plus la probabilité d'avoir une césarienne augmente. Chez les femmes de 35 ans et plus, le taux de césariennes en 1993

Tableau 1**Accouchements et césariennes, Canada, 1979 à 1993**

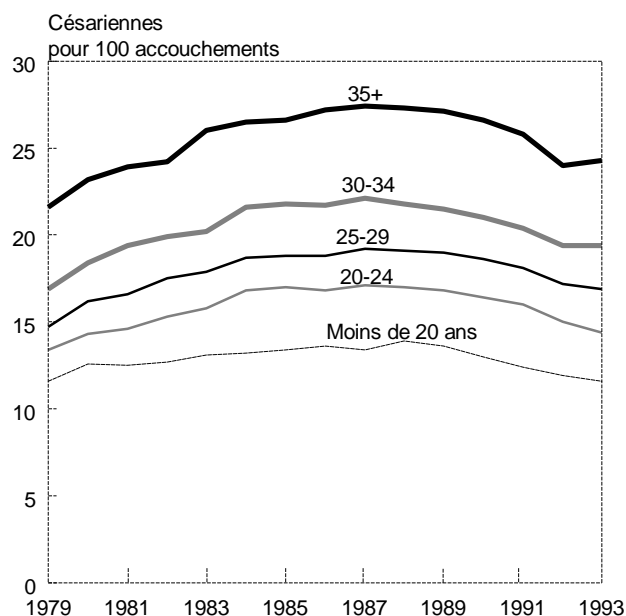
	Total des accouchements	Césariennes			
		Nombre	Taux de césariennes	Taux de césariennes primaires	Taux de césariennes itératives
			Pour 100 accouchements	Pour 100 accouchements	Pour 100 césariennes
1979	366 394	53 759	14,7	10,1	30,4
1980	365 643	58 527	16,0	10,6	32,2
1981	369 877	60 956	16,5	10,1	36,9
1982	369 759	63 684	17,2	10,4	37,5
1983	371 926	66 314	17,8	10,5	38,5
1984	369 428	69 645	18,9	10,9	39,0
1985	368 318	70 379	19,1	10,9	39,1
1986	366 078	70 115	19,2	10,6	39,3
1987	362 955	71 133	19,6	10,9	38,3
1988	371 073	72 591	19,6	10,7	38,2
1989	388 269	75 531	19,5	10,5	37,1
1990	392 065	74 802	19,1	9,8	37,1
1991	388 144	72 336	18,6	9,0	37,1
1992	394 176	69 839	17,7	8,6	35,3
1993	386 309	67 952	17,6	8,5	34,3

Source : Division des statistiques sur la santé

Tableau 2**Taux de césariennes, par province, Canada, 1979 à 1993**

	Canada	T.-N.	Î.-P.-É.	N.-É.	N.-B.	Qué.	Ont.	Man.	Sask.	Alta	C.-B.
	Césariennes pour 100 accouchements										
1979	14,7	18,3	15,5	15,5	14,6	12,9	16,0	14,4	11,8	13,2	16,6
1980	16,0	19,5	14,6	16,3	14,8	15,6	17,1	14,2	11,4	13,8	17,9
1981	16,5	18,8	17,0	17,0	16,8	16,1	17,5	14,7	12,3	14,1	18,8
1982	17,2	19,0	15,6	17,6	17,2	16,5	18,5	15,0	13,5	15,2	19,0
1983	17,8	20,1	14,5	18,2	18,8	17,2	19,0	14,9	14,0	15,6	20,0
1984	18,9	20,4	17,0	19,0	19,2	18,5	19,9	15,1	15,3	16,7	21,1
1985	19,1	21,9	17,0	18,9	18,9	19,0	20,4	13,9	15,5	16,7	21,0
1986	19,2	21,5	18,1	19,2	18,7	18,8	20,4	14,9	15,4	16,7	21,6
1987	19,6	22,4	17,2	19,8	21,0	19,3	20,3	15,6	16,3	17,6	21,9
1988	19,6	23,3	18,1	19,9	20,8	19,0	20,3	15,5	17,4	17,1	22,2
1989	19,5	21,9	16,4	20,2	21,3	18,3	20,1	15,6	17,3	16,8	23,5
1990	19,1	23,8	16,4	19,0	21,1	17,8	19,6	15,0	17,5	16,2	23,8
1991	18,6	23,6	18,3	19,5	22,3	17,5	18,6	14,5	17,8	16,6	23,0
1992	17,7	21,4	20,2	19,1	22,0	16,4	17,7	14,8	16,8	15,7	21,6
1993	17,6	21,2	19,3	19,3	22,3	16,3	17,6	15,1	16,4	15,5	21,2

Source : Division des statistiques sur la santé

Graphique 1**Taux de césariennes, selon l'âge de la mère, Canada, 1979 à 1993**

Source : Division des statistiques sur la santé

représentait 24 césariennes pour 100 accouchements en milieu hospitalier. Chez les femmes de moins de 20 ans, le taux était de 12 pour 100 accouchements en milieu hospitalier (graphique 1). Depuis le milieu des années 1980, le taux de césariennes est toutefois en baisse dans tous les groupes d'âge.

Césariennes primaires et itératives

La diminution globale du taux de césariennes est en partie attribuable à une réduction des césariennes primaires. De 11 césariennes primaires pour 100 accouchements au milieu des années 1980, le taux a diminué, passant à moins de 9 pour 100 en 1993.

Le taux de césariennes itératives ces dernières années ont elles aussi diminué depuis le milieu des années 1980 leur taux passant de 39 à 34 pour 100 césariennes en 1993. Le taux des césariennes itératives pour 100 césariennes pratiquées pour 1993 demeure supérieur à celui de 1979 (30). Cette tendance a été observée dans la plupart des provinces, bien que les taux différaient d'une province à l'autre (tableau 3).

Tableau 3**Taux de césariennes itératives, par province, Canada, 1979 à 1993**

	Canada	T.-N.	Î.-P.-É..	N.-É.	N.-B.	Qué.	Ont.	Man.	Sask.	Alta	C.-B.
	Césariennes itératives pour 100 césariennes										
1979	30,4	33,5	1,6	24,2	13,8	28,9	31,1	31,6	27,9	33,8	35,5
1980	32,2	36,0	2,4	31,5	17,2	29,6	32,2	37,0	31,7	36,0	37,2
1981	36,9	39,2	31,5	36,2	28,2	35,9	38,0	38,2	31,8	39,4	36,4
1982	37,5	38,7	29,8	34,1	32,5	36,6	38,4	40,9	30,6	38,7	38,8
1983	38,5	41,0	34,1	36,5	34,8	37,4	39,0	39,0	33,7	39,7	39,9
1984	39,0	39,1	27,6	36,8	37,7	36,8	39,3	41,3	34,3	40,5	40,1
1985	39,1	40,2	36,2	38,6	39,1	34,7	39,9	38,3	38,3	40,8	40,8
1986	39,3	40,2	43,3	38,6	39,7	36,5	40,2	38,6	37,3	41,1	40,2
1987	38,3	36,0	38,1	37,7	37,7	34,9	40,2	37,1	36,2	39,2	39,6
1988	38,2	31,5	34,1	35,1	37,5	37,1	39,3	34,9	38,6	38,3	39,6
1989	37,1	32,7	40,9	34,9	33,3	36,7	38,1	34,9	38,1	36,8	37,4
1990	37,1	33,6	39,5	34,6	36,8	35,4	38,3	34,6	37,7	39,0	37,0
1991	37,1	36,4	35,3	36,8	37,3	35,0	37,8	33,5	40,1	37,0	38,8
1992	35,3	36,9	33,6	33,7	35,9	33,7	36,1	30,1	39,7	34,0	37,0
1993	34,3	34,3	34,4	33,0	36,3	32,7	34,2	33,6	39,0	33,4	36,4

Source : Division des statistiques sur la santé

Les césariennes itératives sont particulièrement fréquentes chez les femmes plus âgées (graphique 2). En 1993, 42 % des césariennes pratiquées chez des femmes de 35 ans et plus étaient des césariennes itératives; chez les femmes de 30 à 34 ans, la proportion était de 41 %. En 1993, toutefois, le taux de césariennes itératives était en baisse dans tous les groupes d'âge, par rapport aux sommets atteints durant les années 1980.

Accouchement vaginal après césarienne

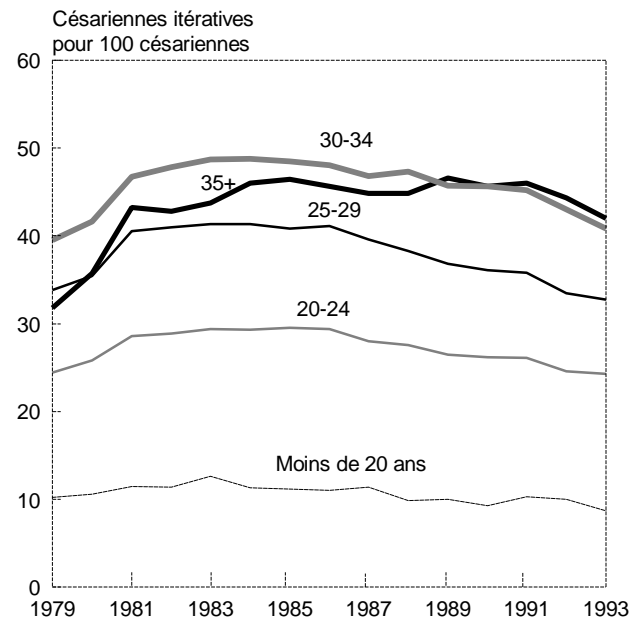
Une femme ayant déjà eu une césarienne n'a pas nécessairement à subir d'autres césariennes pour ses autres accouchements subséquents. De 1979 à 1993, on a observé une forte augmentation des accouchements par voie vaginale chez des femmes ayant déjà subi une césarienne. Durant cette période, le nombre absolu d'accouchements par voie vaginale après césarienne est ainsi passé de 499 à 11 705, alors que la proportion est passée de 3 à 33 accouchements pour 100 césariennes antérieures (graphique 3).

La proportion des accouchements par voie vaginale après césarienne varie considérablement d'une province à une autre (tableau 4). Les taux les plus élevés ont été enregistrés au Manitoba et en Alberta avec plus de 40 accouchements par voie vaginale pour 100 césariennes antérieures. Les taux les plus bas ont été enregistrés au Nouveau-Brunswick et à Terre-Neuve.

L'accouchement vaginal après césarienne est plus fréquent chez les femmes plus jeunes (graphique 4). En 1993, la proportion parmi les femmes âgées de moins de 20 ans était de 43 pour 100 cas de césariennes antérieures, comparativement à 30 pour 100 chez les femmes de 35 ans et plus. Le taux d'accouchements par voie vaginale après césarienne a presque décuplé depuis 1979 dans tous les groupes d'âge.

Graphique 2

Taux de césariennes itératives, selon l'âge de la mère, Canada, 1979 à 1993



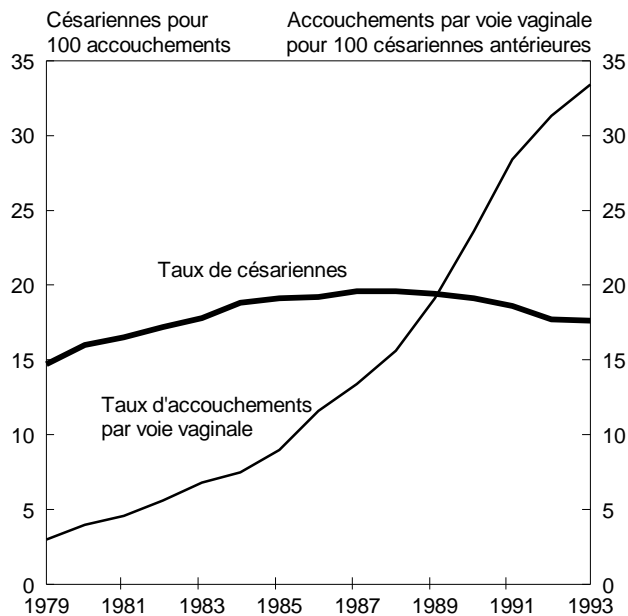
Source : Division des statistiques sur la santé

Tableau 4

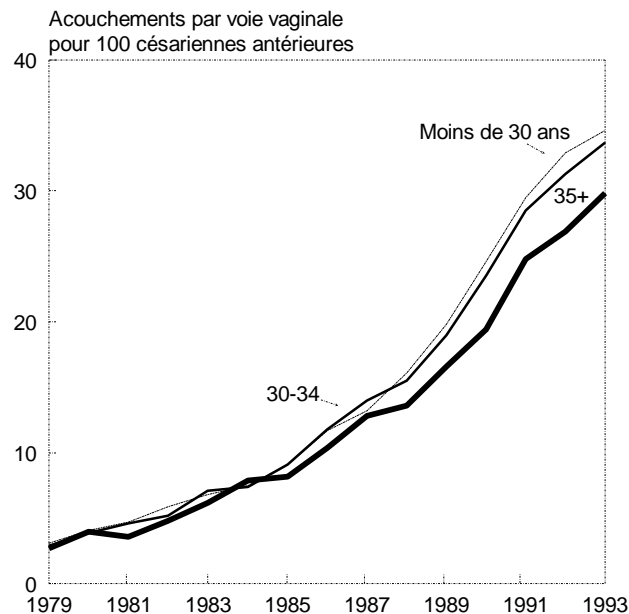
Taux d'accouchements par voie vaginale après césariennes, par province, Canada, 1979 à 1993

	Canada	T.-N.	Î.-P.-É..	N.-É.	N.-B.	Qué.	Ont.	Man.	Sask.	Alta	C.-B.
Accouchements par voie vaginale pour 100 césariennes antérieures											
1979	3,0	0,7	-	2,0	0,4	3,3	2,8	6,5	1,6	4,9	1,7
1980	4,0	1,6	-	4,0	0,4	7,7	2,1	5,9	0,9	6,0	2,7
1981	4,6	2,1	2,9	11,2	3,0	3,4	4,9	7,6	0,8	7,1	2,7
1982	5,6	0,7	4,5	11,5	3,0	4,8	5,8	10,8	0,5	7,4	4,3
1983	6,8	1,7	4,3	12,7	3,4	5,2	6,3	13,8	1,3	7,8	9,6
1984	7,5	1,4	4,3	13,6	4,5	5,6	6,1	18,7	7,0	9,2	9,8
1985	9,1	0,5	5,4	10,0	4,6	5,7	7,4	25,2	14,5	11,1	12,7
1986	11,6	1,3	14,9	12,0	10,2	8,3	9,2	26,7	16,7	16,6	14,8
1987	13,4	2,3	13,5	17,2	11,0	10,4	10,6	25,6	15,8	19,1	17,7
1988	15,6	2,4	9,2	20,2	11,3	12,9	13,5	26,9	20,6	22,5	17,0
1989	19,1	1,8	16,0	22,2	16,1	18,8	15,6	33,9	21,4	28,4	19,2
1990	23,5	5,7	9,5	27,8	16,3	25,1	20,2	36,6	26,7	32,1	22,0
1991	28,4	5,8	16,2	29,0	12,3	30,3	26,6	39,7	30,4	36,4	26,6
1992	31,3	8,3	15,1	34,5	15,4	34,3	29,8	42,8	33,5	39,6	26,3
1993	33,4	16,2	23,4	36,2	15,5	35,9	32,1	40,4	34,6	41,9	29,7

Source : Division des statistiques sur la santé

Graphique 3**Taux de césariennes et d'accouchements par voie vaginale, Canada, 1979 à 1993**

Source : Division des statistiques sur la santé

Graphique 4**Taux d'accouchements par voie vaginale, selon l'âge de la mère, Canada, 1979 à 1993**

Source : Division des statistiques sur la santé

Indications médicales de la césarienne

En dépit de l'amélioration du taux d'accouchements par voie vaginale après césarienne, la césarienne antérieure reste durant l'ensemble de la période étudiée, la principale indication médicale qui justifie une nouvelle césarienne (tableau 5). On a indiqué une césarienne antérieure dans 34 % des césariennes pratiquées en 1993; soit une proportion inférieure à celle du milieu des années 1980 (39 %) mais supérieure à celle de 1979 (30 %).

Durant la même période, la proportion des césariennes pratiquées dans les cas de présentation par le siège a augmenté de 5 % à 11 %, alors qu'elle est passée de 3 % à 10 % dans les cas de souffrance foetale. Dans ce dernier cas, la hausse pourrait s'expliquer par l'usage accru de la surveillance électronique du coeur foetal, bien que les données ne précisent pas s'il y a eu ou non monitoring électronique. Selon une enquête récente sur les pratiques courantes utilisées en obstétrique dans les hôpitaux canadiens, environ 65 % des hôpitaux ont déclaré avoir établi une politique selon laquelle toutes les patientes doivent être soumises, au moment de leur admission, à un monitoring électronique de la fréquence cardiaque du fœtus pendant 20 à 30 minutes; dans 3 % des hôpitaux, la politique établie prévoit une surveillance électronique continue du coeur foetal⁶.

La proportion des césariennes lorsqu'on indiquait un travail difficile ou lent (dystocie) est passée de 14 % au milieu des années 1980 à 18 % en 1993. Cela ne signifie pas nécessairement que l'incidence de la dystocie a changé. En effet, la base de données sur la morbidité hospitalière de Statistique Canada ne contient aucune donnée ayant trait expressément au traitement de la dystocie. De plus, le diagnostic de la dystocie manque de spécificité et de précision^a.

^a Les quatre indications les plus fréquentes justifiant une césarienne sont la présentation par le siège, la souffrance foetale, une césarienne antérieure et le travail difficile. Cependant, il se peut qu'un accouchement comporte plus d'une indication de césarienne. La présentation par le siège et une césarienne antérieure sont des variables dichotomiques, alors que la souffrance foetale et le travail difficile sont plus subjectives.

La tendance se maintiendra-t-elle?

Les lignes directrices de 1986 relativement à l'accouchement par césarienne ont reçu l'aval de la Société des obstétriciens et gynécologues du Canada et ont été largement diffusées. Bien que la publication de lignes directrices en matière de soins obstétricaux puisse témoigner d'un consensus entre les parties en cause, il est possible qu'un tel consensus n'a pas eu un impact immédiat⁷. Depuis la fin des années 1980, toutefois, on observe une diminution du taux de césariennes à l'échelle nationale. Le taux d'accouchements par voie vaginale après césarienne a plus que doublé, après avoir connu une lente progression.

Des différences considérables persistent toutefois entre les provinces, pour ce qui est des taux de césariennes et d'accouchements par voie vaginale après césarienne. On peut attribuer ces différences aux variations qui existent dans l'élaboration et la mise en oeuvre de politiques et de lignes directrices relatives aux accouchements ou encore au processus d'examen qu'entreprennent les pairs concernant les soins obstétricaux. On a observé dans d'autres domaines également que les médecins réagissent lentement à l'élaboration de lignes directrices nationales⁸. Des facteurs comme les pratiques de chaque médecin, les politiques des hôpitaux, le type d'hôpital, les ressources dont disposent l'hôpital, l'éducation de la patiente ainsi que ses exigences sont susceptibles d'influer sur le nombre de césariennes pratiquées^{3, 4, 9-12}.

La crainte des poursuites est un autre facteur qui pourrait influencer sur le taux de césariennes. En effet, une proportion croissante de cliniciens canadiens déclarent être influencés, par la crainte des poursuites lorsqu'ils décident de pratiquer une césarienne¹³. Cependant, bien que la césarienne soit considérée comme un moyen de réduire la mortalité périnatale, des données indiquent qu'il est possible de réduire le taux de césariennes sans accroître les risques pour les nouveau-nés^{14,15}.

De plus, des études sur les effets de la césarienne sur l'issue de l'accouchement, chez les nourrissons de très faible poids à la naissance, semblent

industrialisés^{14,15}. Cependant, en dépit des progrès réalisés au Canada dans la réduction des césariennes, le taux de 1992 était encore presque aussi élevé qu'aux États-Unis et il était plusieurs fois supérieur aux taux observés en Angleterre et au pays de Galles, en Suède, en Norvège et en Écosse^{14,15,20}.

Selon certains chercheurs, le nombre d'accouchements par césarienne ne pourra continuer de diminuer que si on entreprend des études adéquates pour évaluer l'efficacité des nouvelles technologies et que si l'enseignement médical inculque des modes de pratique qui procurent des bienfaits connus en obstétrique²¹. Les évaluations récentes des méthodes susceptibles de réduire le taux de césariennes font par ailleurs ressortir l'importance de la mise en place de stratégies multiples. L'enseignement médical permanent, la mise en place de programmes officiels par les hôpitaux, l'examen externe des services, la modification des lois régissant les fautes professionnelles, ainsi que l'éducation des consommateurs figurent parmi les moyens qui ont été proposés à cette fin^{2,22}.

Références particulières

1. Panel of the National Consensus Conference on Aspects of Cesarean Birth, «Indications for cesarean sections: final statement of the Panel of the National Consensus Conference on Aspects of Cesarean Birth», *Journal de l'Association médicale Canadienne*, 134, 1986, p. 1348-1352.
2. Cesarean Birth Quality Assurance Committee, *Appropriate use of cesarean section: Recommendations for a quality assurance program*, Toronto, Ministère de la Santé, Gouvernement de l'Ontario, 1991.
3. P. Norman, S. Kostovcik et A. Lanning, «Elective repeat cesarean sections: How many could be vaginal births?», *Journal de l'Association médicale canadienne*, 149(4), 1993, p. 431-435.
4. G.M. Anderson et J. Lomas, «Determinants of the increasing cesarean birth rate: Ontario data 1979 to 1982», *New England Journal of Medicine*, 311, 1984, p. 887-892.
5. O.A. Henry, K.D. Gregory, C.J. Hobel, et al., «Using ICD-9 codes to identify indications for primary and repeat cesarean sections: Agreement with clinical records», *American Journal of Public Health*, 85(8), 1995, p. 1143-1146.
6. C. Levitt, L. Harvey, D. Avar et al., *Enquête sur les pratiques et les soins de routine dans les hôpitaux canadiens. Santé Canada et l'Institut canadien de santé*, (n° H39-318 1995F au catalogue), Ottawa, Ministère des Approvisionnements et Services Canada, 1995.
7. J. Lomas, G. Anderson, K. Domnick-Pierre et al., «Do practice guidelines guide practice?», *New England Journal of Medicine*, 321, 1989, p. 1306-1311.
8. H.I. Marieskind, *An evaluation of cesarean section in the United States*, Washington, DC., US Department of Health, Education and Welfare, Office of the Assistant Secretary for Planning and Evaluation, 1980.
9. G.M. Anderson et J. Lomas, «Explaining variations in cesarean section rates: Patients, facilities or policies», *Journal de l'Association médicale canadienne*, 132, 1995, p. 253-259.
10. G. Goldman, R. Pineault, L. Potvin et al., «Factors influencing the practice of vaginal birth after cesarean section», *American Journal of Public Health*, 83(8), 1993, p. 1104-1108.
11. G. Goldman, R. Pineault, H. Bilodeau et al., «Effects of patient, physician and hospital characteristics on the likelihood of vaginal birth after previous cesarean section in Quebec», *Journal de l'Association médicale canadienne*, 143(10), 1993, p. 1017-1024.
12. S.R. Soliman et R.F. Burrows, «Cesarean section: Analysis of the experience before and after the National Consensus Conference on Aspects of Cesarean Birth», *Journal de l'Association médicale, canadienne*, 148(8), 1993, p. 1315-1320.
13. J. Robert S. Prichard, *La responsabilité et l'indemnisation dans les soins de santé : rapport de la Conférence de sous-ministres de la santé de l'étude fédérale-provinciale-territoriale sur les problèmes de la responsabilité et de l'indemnisation dans le secteur de soins de santé*, Toronto, University of Toronto Press, 1990.
14. F.C. Notzon, S. Chattingius, P. Bergsjö et al., «Cesarean section delivery in the 1980's: International comparison by indication», *American Journal of Obstetrics and Gynecology*, 170(2), 1994, p. 495-504.
15. T.F. Nielsen, P.O. Olausson et I. Ingemarsson, «The cesarean section rate in Sweden: The end of the rise», *Birth*, 77(2), 1994, p. 52-53.
16. M.H. Malloy, L. Onstad et E. Wright, «The effect of cesarean section delivery on birth outcome in very low birth weight infants», *Obstetrics and Gynecology*, 77(4), 1991, p. 498-503.
17. J.F. Peipert et M.B. Bracken, «Maternal age: An independent risk factor for cesarean delivery», *Obstetrics and Gynecology*, 81(2), 1993, p. 200-205.
18. W.J. Millar et S. Wadhwa, «Évolution de la fécondité au Canada, 1971-1988: premières naissances après 30 ans», *Rapports sur la santé*, 3(2), 1991, p. 149-162, (Statistique Canada, n° 82-003 au catalogue).
19. W.J. Millar, S. Wadhwa et C. Nimrod, «Naissances multiples: tendances et comportements au Canada, 1974-1990», *Rapports sur la santé*, 4(3), 1992, p. 223-250, (Statistique Canada, n° 82-003 au catalogue).
20. W. Savage et C. Francome, «British cesarean section rates: Have we reached a plateau?», *British Journal of Obstetrics and Gynaecology*, 100(5), 1993, p. 493-496.
21. H.S. Jonas et S.L. Dooley, «The search for a lower cesarean rate goes on», *Journal of the American Medical Association*, 262(11), 1989, p. 1512-1513.
22. R.S. Stafford, «Alternative strategies for controlling rising cesarean section rates», *Journal of the American Medical Association*, 263, 1990, p. 683-687.