

**COMITÉ RÉGIONAL DE LA
MÉDITERRANÉE ORIENTALE**
Soixante-cinquième session
Khartoum (Soudan), 15-18 octobre 2018

Septembre 2018

**OPTIMISER LE RECOURS À LA CÉSARIENNE POUR AMÉLIORER
LA SANTÉ MATERNELLE ET NÉONATALE DANS LA RÉGION**

Objectifs de la réunion

Les objectifs de la réunion consistent à informer les États Membres sur les points suivants :

- la situation actuelle de la césarienne dans les pays de la Région de la Méditerranée orientale, incluant les facteurs/déterminants conduisant à un recours abusif à cette procédure ;
- l'importance d'adopter la version actualisée de la classification de Robson de l'OMS (2017) en vue d'optimiser le recours à la césarienne ;
- les interventions non cliniques essentielles reposant sur les recommandations de l'OMS afin de réduire les taux de césariennes inutiles dans les établissements de santé.

Contexte

La césarienne est une procédure chirurgicale qui permet de prévenir efficacement la mortalité maternelle et néonatale lorsqu'elle est justifiée par une indication médicale. Afin de réduire les écarts entre les nations en termes de nombre de césariennes réalisées, l'OMS a déterminé en 1985 que le taux de césarienne idéal se situait entre 10 et 15 % pour être bénéfique à la santé maternelle et infantile. Les bénéfices potentiels de la césarienne tels que sauver les vies de mères et de nourrissons dans les situations d'urgence sont reconnus dans les pratiques médicales à l'échelle mondiale, mais à ce jour aucune donnée ne montre que cette procédure ait un effet bénéfique chez la femme ou le nourrisson lorsqu'elle n'est pas nécessaire. Malgré toutes les données existantes sur les risques et les bénéfices associés, la fréquence à laquelle les césariennes sont pratiquées à l'échelle mondiale continue d'afficher des variations.

Les taux croissants de césarienne n'ont pas été accompagnés de bénéfices significatifs pour la santé maternelle et périnatale. Au contraire, il a été démontré qu'au-delà d'un certain seuil, l'augmentation des taux de césarienne peut être liée à une hausse de la morbidité maternelle et périnatale. L'accouchement par césarienne est associé 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. Les taux élevés de césarienne sont également associés à des coûts de soins de santé importants. La césarienne augmente la probabilité de recevoir une transfusion sanguine, de même que le risque de complications liées à une anesthésie, de lésion des organes, d'infections, de maladies thromboemboliques, de détresse respiratoire néonatale, ainsi que d'autres complications sur le court terme. En outre, sur le long terme, la césarienne est associée à des complications telles que la rupture de l'utérus, le placenta accreta, la grossesse ectopique, la stérilité, l'hystérectomie et les adhérences intra-abdominales lors de la grossesse suivante.

Selon les données de l'OMS issues de 150 pays entre 1999 et 2014, 19 % de toutes les naissances ont lieu par césarienne, avec des taux compris entre 6 et 27,5 % dans les régions les moins développées et les plus développées respectivement. Dans la Région OMS de la Méditerranée orientale, le taux moyen de césarienne est de 21 %, et varie entre 52 % en Égypte (l'un des taux les plus élevés au monde) et 2 % en Somalie (le taux le plus faible). La classification des 22 pays de la Région a révélé l'existence de trois groupes, après mesure selon le taux recommandé de l'OMS de 10 à 15 %. Dans la Région, 14 % des pays affichent des taux de

césarienne correspondant à la fourchette recommandée par l’OMS, 18 % ont des taux inférieurs à 10 %, qui sont l’expression d’un accès inégal à la césarienne dans les zones reculées, et 68 % des pays ont un taux supérieur à 15 %. Ce recours irrationnel à la procédure, malgré les progrès chirurgicaux et obstétricaux, a conduit à une augmentation des taux de complications associées. Dans les faits, trois des causes principales de décès maternel sur six (hémorragie, infection et complications de l’anesthésie) sont à présent attribuées à la césarienne.

Les facteurs contribuant à l’augmentation des taux de césarienne sont complexes et il est difficile d’identifier les interventions visant à réduire ces taux. Parmi ces facteurs, on compte, entre autres choses, la prévalence de l’obésité, les grossesses multiples, une augmentation de la proportion de femmes d’âge plus avancé tombant enceintes, la primiparité, des facteurs liés aux médecins, et la peur croissante de l’action en responsabilité médicale.

Dans la Région de la Méditerranée orientale, les barrières à l’optimisation du recours à la césarienne incluent les éléments suivants : un manque de politiques/d’orientations nationales sur les pratiques d’accouchement ; l’existence d’établissements médicaux privés motivés par la recherche du profit ; une prise en charge inadéquate du travail normal ; le recours irrationnel aux interventions obstétricales ; un manque de communication entre les professionnels de soins de santé et les femmes enceintes ; une participation moindre des sages-femmes dans le processus d’accouchement. Ces barrières ont été identifiées comme les facteurs responsables des taux élevés de césarienne dans des pays tels que l’Égypte, la République islamique d’Iran et le Liban. Dans le même temps, de nombreux pays de la Région enregistrent des taux de césarienne inégaux dans le secteur privé pour lesquels aucune indication médicale n’a été fournie.

Ayant connaissance de la cible 3.1 des Objectifs de développement durable visant à « faire passer le taux mondial de mortalité maternelle au-dessous de 70 pour 100 000 naissances vivantes à l’horizon 2030 », et soucieux des conséquences médicales de cette situation, les cliniciens, les administrateurs d’hôpitaux, les responsables politiques et les gouvernements ont besoin d’orientations fondées sur des bases factuelles pour s’attaquer au problème du recours croissant à la césarienne sans indication médicale. L’OMS n’avait pas encore établi, comme c’est le cas pour les interventions cliniques, de directives sur les interventions non cliniques destinées à réduire le nombre de naissances par césarienne. Afin de combler cette lacune de connaissances, l’OMS a mis au point les *Recommandations de l’OMS sur les interventions non cliniques visant à réduire le nombre de césariennes inutiles* qui seront publiées en 2018 et proposent des interventions à adopter au niveau des individus, des communautés, des professionnels de santé et des établissements de soins. Ces orientations se concentrent sur des recommandations adaptées au contexte à adopter dans les situations où une recherche rigoureuse peut être menée. Elles incluent des recommandations qui doivent être adoptées uniquement lorsqu’un suivi et une évaluation ciblés sont possibles pour pouvoir garantir l’efficacité et l’acceptabilité des interventions non cliniques visant à réduire le nombre de césariennes.

L’OMS recommande également d’adopter la version actualisée de la classification de Robson, avec ses 10 catégories, ainsi que de s’assurer que celle-ci soit mise en œuvre dans les établissements de santé en tant qu’instrument permettant de faciliter le système de classification, de façon à suivre et comparer les taux de césarienne au niveau des établissements de façon normalisée, fiable, cohérente et pragmatique.

Le Bureau régional de la Méditerranée orientale a organisé une réunion consultative informelle les 26 et 27 septembre 2018 en vue d’évaluer la qualité et la solidité des informations disponibles sur la prévalence élevée de la césarienne dans la Région, ainsi que les déterminants sous-jacents de la pratique, avec pour objectif de proposer d’organiser une recherche qualitative approfondie en vue d’optimiser son utilisation dans la Région. Il a été demandé aux États Membres de diffuser les recommandations de l’OMS, de s’en inspirer, ainsi que d’adopter les directives comme base à l’élaboration de politiques nationales et infranationales pour leur utilisation par les cliniciens et d’autres professionnels de santé en vue d’optimiser le recours à l’accouchement par césarienne et d’améliorer à terme la qualité des soins apportés aux mères et aux nouveau-nés pendant l’accouchement.

Résultats escomptés

1. Faire en sorte que les représentants soient dûment informés sur la situation actuelle de la césarienne dans la Région, sur les facteurs contribuant à l'augmentation du recours à cette pratique, ses déterminants et ses conséquences négatives pour la santé.
2. Obtenir un consensus et un accord sur la nécessité d'adopter la version actualisée de la classification de Robson de l'OMS en vue d'optimiser le recours à la césarienne.
3. Obtenir l'engagement des États Membres à adopter les *Recommandations de l'OMS sur les interventions non cliniques visant à réduire le nombre de césariennes inutiles* pour servir de base à l'élaboration de politiques nationales et infranationales destinées aux cliniciens et à d'autres professionnels de santé et visant à optimiser le recours à l'accouchement par césarienne et à améliorer à terme la qualité des soins apportés aux mères et aux nouveau-nés pendant l'accouchement.