**Analyse de la notion de demande induite**

**Contexte professionnel :**

Vous êtes en stage la maternité Jeanne de Flandres de Lille, dans le service d’obstétrique, chargé de la prise en charge des grossesses normales et pathologiques.

La maternité dispose de 110 lits d’obstétrique :

* 76 lits en maternité (96% de chambres particulières) dont 12 lits kangourou,
* 26 lits de pathologie maternelle et fœtale,
* 2 lits de surveillance rapprochée pour la mère,
* 6 lits d’hospitalisation de jour,
* 9 salles de naissance,
* 2 salles de césarienne,
* 4 salles de pré-travail,
* 7 postes d’accueil nouveaux né en salle de naissance, …

Vous êtes chargé( e) d’analyser l’évolution de la demande de césarienne.

**Objectifs :**

* Comprendre, expliquer le concept de demande induite.

|  |  |
| --- | --- |
| **Compétences :** | **C11** : **Analyser** les besoins et les demandes des publics des structures sanitaires et sociales, des organismes de protection sociale |
| **Activités** : | Accueillir, informer et orienter des usagers, des familles |
| **Tâches :**  | Ecouter, questionner, repérer des besoins, des attentes, des demandes |

**Analyse la demande induite**

1. Analyser l’évolution du taux de césariennes, sur demande maternelle. Expliquer en quoi la demande de césarienne sur demande maternelle peut être considérée comme demande induite.

2. Présenter quelques applications de la théorie de demande induite, visant à réduire la demande induite, et réduire les dépenses

3. Justifier l’instauration des quotas de *médecins, d’infirmières par* les pouvoirs publics*.*

**Pourcentage de césariennes en France par rapport à toutes les naissances**



**La répartition des césariennes**

D'après le PMSI[[8]](http://www.atih.sante.fr/statistiques-par-ghm-0), entre 2009 et 2013, la répartition entre les césariennes programmées et en urgence était la suivante :

* environ la moitié de césariennes en cours de travail ;
* un tiers de césariennes programmées ;
* le reste sont des césariennes en urgence, hors travail.

<https://www.cesarine.org/>

S. Heimann, La césarienne sur demande maternelle : quelle est la vraie demande de la mère ? Revue Médicale de Périnatalité. (2010) 2:8-11, <https://www.cesarine.org/avant/programmee/convenance/>

Ou [https://link.springer.com/article/10.1007%2Fs12611-009-0050-3](https://link.springer.com/article/10.1007/s12611-009-0050-3) (2 pages, format pdf)

Résumé : La césarienne sur demande maternelle englobe une grande variété de situations qui ne se réduisent pas toutes à une pure convenance. Une mère exprimant une envie de césarienne peut réagir dans la continuité d’un traumatisme antérieur ou peut agir suite à une information biaisée. Le dialogue mère–soignant est primordial afin de comprendre la demande maternelle sous-jacente et pour y apporter la réponse la plus adaptée, qui n’est pas nécessairement une césarienne.

Les taux de césariennes, en augmentation constante, ont incité les auteurs à se pencher sur les causes de ce phénomène. Parmi elles, la césarienne sur demande maternelle est parfois invoquée pour justifier cette augmentation [1]. Cela nous semble révélateur d’un contexte général, valorisant la césarienne au nom de la sécurité et de la maîtrise, contexte qui imprègne aussi bien les mères que les soignants. Depuis 2005, l’association Césarine, association d’usagers qui propose aux parents échange, soutien et information autour de la naissance par césarienne, a recueilli dans son forum de discussion, et lors de groupes de parole, plusieurs centaines de témoignages de mères. Notre expérience nous a montré qu’une envie de césarienne formulée par une mère masque bien souvent une réalité plus complexe, allant de la décision mal informée jusqu’à la phobie de l’accouchement. La pure convenance ne nous semble y occuper qu’une place anecdotique, tandis que le rôle des soignants ne nous semble pas à négliger […]

S. Heimann, Revue Médicale de Périnatalité. (2010) 2:8-11

**La césarienne sur demande maternelle**

*Une future maman peut-elle demander une césarienne sans raison médicale ? Et surtout... est-ce aussi fréquent que l'on veut bien le laisser entendre ?*

[…] vous ne trouverez pas ici de conseils pratiques, mais une réflexion sur le sujet de la césarienne dite "de convenance".

**Que recouvre la notion de demande maternelle.**

En première approche, on pourrait définir la césarienne sur demande maternelle comme étant "une césarienne non motivée par des raisons obstétriques".

Cette définition paraît simple, mais recouvre un ensemble de réalités, toutes différentes. Autant l'exemple de Victoria Beckham, l'ancienne Spice Girl qui a demandé des césariennes pour les naissances de ses enfants, paraît clairement relever de cette définition, autant on peut se demander si les cas suivants relèvent, ou non, de la césarienne sur demande maternelle :

* Une mère ayant subi un traumatisme, tel qu'un viol ou des attouchements, pourrait ne pas être en état de vivre un accouchement par voie basse. La cause psychologique est-elle une indication médicale de césarienne ?
* Une mère ayant vécu un accouchement lourd en séquelles (par exemple déchirure ayant mis très longtemps à cicatriser), pourra souhaiter éviter de revivre cela pour son accouchement suivant. Est-on dans l'indication de césarienne ?
* Une mère dont l'enfant se présente par le siège, pour qui tous les paramètres obstétriques autorisent la tentative de voie basse s'il y a accord de la mère, mais qui choisit tout de même une naissance par césarienne, rentre-t-elle dans le cadre de la "demande maternelle" ?
* Une mère ayant subi une première césarienne, dont le dossier obstétrical lui permettrait de tenter un AVAC, mais suivie par un praticien préférant la pratique de la césarienne itérative, a-t-elle effectivement "demandé" cette césarienne ?

### Est-ce fréquent ?

Dans la mesure où la définition même de la césarienne de convenance recouvre des réalités bien plus complexes qu'il n'y paraît, la vraie césarienne de convenance, celle qui correspond effectivement à une demande forte de la mère, est difficile à évaluer.

Par exemple, aux Etats-Unis, une [conférence d'état de l'art sur la césarienne sur demande maternelle](http://consensus.nih.gov/2006/cesarean.htm) indique que "on estime qu'approximativement 4 à 18% des césariennes sont sur demande maternelle" (ce qui correspond à environ 1% à 4,5% des naissances) et ajoute que "la validité de ces estimations est discutable" - en effet la plupart des hôpitaux n'enregistrent pas la notion de "demande maternelle" dans leurs dossiers. […]

**Quelles sont les raisons invoquées par les mères ?**

Les raisons suivantes sont fréquemment citées par des futures mamans s'interrogeant sur la possibilité de demander une césarienne :

* La peur d'accoucher, souvent induite par des récits catastrophiques d'accouchements par voie basse, dont nous avons tous au moins un exemple en tête ;
* Le désir de protéger son enfant d'un forceps ou d'une voie basse difficile ;
* L'illusion du "risque zéro" : l'image de la césarienne est en effet celle d'une intervention techniquement maîtrisée et sans aucun risque ni pour la mère ni pour l'enfant, à la différence de l'accouchement par voie basse, soumis à l'aléatoire ;
* La facilité : l'intervention est planifiée, ce qui permet de s'organiser (garde des aînés par exemple).

On le voit, les demandes de césariennes provenant des futures mamans sont la plupart du temps sans aucun lien médical : les femmes sont portées par leurs convictions, leurs craintes, leur environnement social, culturel, psychologique, par l'effet de "ras-le-bol" de fin de grossesse... Il semble rare de rencontrer une mère souhaitant une césarienne de convenance après avoir étudié "froidement" les risques et bénéfices des deux modes d'accouchement.

### La demande maternelle est-elle influencée ?

Il n'est pas que de l'intérêt de la mère de demander une césarienne. Il peut en effet être de l'intérêt (financier ou organisationnel) du médecin d'inciter ses patientes à la césarienne, en orientant la manière dont il lui propose cette option.

On peut là encore citer les exemples de la césarienne pour siège ou de l'accouchement par voie basse après une césarienne, pour lesquels, bien souvent, les mères entendent un discours catastrophiste destiné à justifier une césarienne "à froid", au lieu d'une information équitable. Ces mères sont donc en toute bonne foi conduites à demander une césarienne, présentée comme le meilleur (voire le seul) choix possible pour leur enfant.

L'étude [Listening to Mothers](http://www.childbirthconnection.org/article.asp?ck=10372) [[2]](http://www.childbirthconnection.org/article.asp?ck=10372) s'est explicitement intéressée à cette question, et "9% des mères ont répondu avoir ressenti une pression de leur praticien pour qu'elles acceptent une césarienne".

Les préférences personnelles de l'obstétricien peuvent aussi entrer en ligne de compte : [[3]](http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/9175681) montre que "17% des femmes obstétriciennes à Londres avec une grossesse simple choisiraient une césarienne de convenance pour elles-mêmes" (ce chiffre n'est pas une généralité, une étude belge [[4]](http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/14597245) ne donne qu'un chiffre de 2%, une étude australienne [[5]](http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/11592537) 11%). Si ces personnes font ce choix pour elles-mêmes, on peut imaginer qu'elles auront tendance à inciter leurs patientes à en faire de même : c'est ce que semble suggérer [[6]](http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/11435001) "Il y a une association significative entre les préférences personnelles d'un obstétricien vers la césarienne, et le fait qu'il travaille dans un hôpital avec un taux de césariennes supérieur à 16%".

## Aspects médicaux

Nous ne prétendons pas ici apporter une information exhaustive sur l'ensemble des risques et des bénéfices liés à la voie basse ou à la césarienne. Il nous paraît difficile d'établir une telle comparaison, dans la mesure où il faudrait disposer d'études comparant une voie basse "présumée simple", à une césarienne "sans raison médicale" - or à ce jour, la plupart des césariennes étant pratiquées pour raison médicale, il est difficile de faire le tri entre les effets négatifs liés à la pathologie sous-jacente, ou à la pratique de la césarienne elle-même.

De manière générale, il est reconnu qu'à court terme, la césarienne comporte plus de risques qu'une voie basse "simple". En effet, il s'agit bien d'une intervention chirurgicale, avec, comme toute intervention chirurgicale, un certain nombre de complications possibles. A contrario, l'accouchement par voie basse est un processus physiologique pour lequel le corps de la femme est - a priori - équipé. Sur le long terme, ce débat se complique, car il faut comparer des choses incomparables : comment comparer par exemple un risque de prolapsus à un risque de rupture utérine ?

Faute de pouvoir établir une comparaison détaillée, contentons-nous de revenir sur quelques mythes à propos de la césarienne :

*"Une césarienne est plus rapide qu'un accouchement"*

Vrai si l'on s'arrête à l'acte lui-même, mais faux si l'on intègre à cela le temps passé allongée avec une perfusion et une sonde urinaire.

*"Avec une césarienne, je n'aurai pas mal"*

Certes, avec une césarienne, on ne passe pas plusieurs heures à subir des contractions. Mais à l'inverse, après une césarienne, le ventre aura été ouvert puis suturé : des difficultés pour se lever et marcher peuvent apparaître pendant quelques jours. Même si le traitement de la douleur en post-opératoire s'améliore constamment, les suites d'une césarienne peuvent être douloureuses.

*"La césarienne est sans risque pour la mère"*

La césarienne est une intervention chirurgicale, de mieux en mieux maîtrisée, mais qui comporte les mêmes risques que toute intervention. Citons par exemple le risque de phlébite (risque prévenu par des injections dans les jours suivant l'opération), le risque d'infection de la cicatrice, ou encore le risque d'infection urinaire dû à la sonde. A plus long terme, la césarienne augmente les [risques sur les grossesses suivantes](https://www.cesarine.org/avenir/consequences/#1): le risque de rupture utérine bien entendu, mais aussi le risque de mauvaise insertion du placenta.

*"La césarienne est sans risque pour l'enfant"*

Il arrive parfois que l'enfant soit blessé lors de la césarienne, par un coup de bistouri un peu trop appuyé. Par ailleurs, même si les données manquent, on commence à penser que la voie de naissance a un effet sur la santé future de l'enfant, notamment concernant [l'asthme et les allergies](https://www.cesarine.org/avenir/consequences/#2).

*"L'accouchement par voie basse fait souffrir l'enfant, la césarienne lui évite ce traumatisme"*

Les études récentes tendraient à prouver qu'au contraire, le mécanisme de l'accouchement "prépare" le bébé à sa vie extra-utérine. Ceci est notamment visible au travers des statistiques sur la détresse respiratoire du nouveau-né, nettement plus fréquente en cas de césarienne sans travail ou si l'on est loin du terme. Vous trouverez plus d'informations sur la page [votre bébé](https://www.cesarine.org/apres/bebe/) de ce site. Notons également que certains [ostéopathes](http://www.osteopathie-france.net/Therapeutique/enfant-naissance.htm) pensent que l'absence de modelage des os du crâne peut être source de difficulté pour l'enfant.

*"Grâce à une césarienne, la mère n'est pas déformée"*

La césarienne permet d'éviter les déchirures graves du périnée, puisque ce dernier n'est pas sollicité par le passage du bébé. Mais en réalité, ce sont seulement 0,4% des accouchements qui auront cette conséquence - et il est probable que la vraie prévention de la déchirure du périnée consisterait à ne pas faire pousser la mère dans une position anti-physiologique.

Par ailleurs, des séances de rééducation du périnée sont proposées aux mères afin de re-tonifier leur périnée, et, parfois, le simple fait d'avoir porté un bébé pendant 9 mois rend cette rééducation nécessaire.

**[…] Aspects éthiques pour le médecin**

En France, tout patient responsable peut refuser un traitement, mais la question se pose de savoir s'il peut en exiger un. Un médecin peut légitimement s'interroger sur le fait d'accepter de pratiquer une opération chirurgicale lorsque celle-ci n'est pas nécessaire, sachant que l'opération est porteuse d'un certain nombre de risques.

Il serait alors tentant pour le médecin d'essayer de convaincre la mère de renoncer à sa demande de césarienne, par un argumentaire sur les risques et les bénéfices de chacun des modes d'accouchement, mais en réalité, la demande d'une césarienne ne se base que très rarement sur des arguments chiffrables. Puisqu'il s'agit le plus souvent de l'expression d'un certain nombre de croyances et de peurs, il serait souhaitable que les médecins puissent prendre le temps de l'écoute et de l'explication, afin de comprendre les angoisses de la mère, et de lui permettre de les résoudre.

On sort là du cadre de la médecine mécanique "symptôme donc prescription de soin", pour revenir vers la notion d'accompagnement humain. Ce dialogue entre le médecin et la future maman est fondamental, et, plus il sera entamé tôt pendant la grossesse (pourquoi pas lors de la visite du 4eme mois), plus il aura de chances de porter ses fruits.

Notons que le système français actuel, dans lequel bien souvent les futures mamans sont suivies d'abord par leur gynécologue de ville, puis à l'hôpital par différents intervenants, dans le cadre de consultations courtes car trop nombreuses, rend l'établissement de ce dialogue bien difficile.

Après dialogue, et après information éclairée des risques et des avantages des deux modes de naissance, il se peut que la mère confirme son choix de césarienne. Certains médecins accepteront alors d'accéder à cette demande, d'autres, pour des raisons professionnelles ou déontologiques, ne le souhaiteront pas. Il leur est alors possible d'orienter cette mère chez un confrère. […]

<https://www.cesarine.org/avant/programmee/convenance/>

**Le concept de demande induite**

La littérature relative aux phénomènes de demande induite a permis de révéler le pouvoir discrétionnaire des médecins. Le diagnostic du médecin lui confère une information privée sur l’état de santé de son patient[[1]](#footnote-1) qu’il peut manipuler pour maximiser son utilité. La définition de la demande induite proposée par Rice [1983] est fondée sur cette asymétrie d’information. Il définit la demande induite comme la capacité du médecin à choisir une quantité (ou une qualité) différente de traitements de celle qui serait choisie par le patient, si celui-ci était parfaitement informé. Les phénomènes de demande induite sont généralement interprétés comme des comportements de risque moral de la part des offreurs de soins. Néanmoins, la définition proposée par Rice fait apparaître que ces phénomènes, s’ils relèvent effectivement d’un risque de moralité, les producteurs de soins ne se comportant pas comme des agents parfaits pour leurs patients, reposent sur une structure d’information asymétrique exogène. En effet, si un médecin possède un avantage informationnel sur ses patients concernant l’évaluation des pathologies qui les caractérise, il n’a initialement aucun pouvoir sur la déclaration et la nature des pathologies. La cause originelle des phénomènes de demande induite est donc un problème de manipulation de l’information privée et peut alors s’interpréter comme de la sélection adverse. Le second aspect qui nous semble important est l’ambivalence qui caractérise l’objectif des médecins. Entre les deux hypothèses opposées où le médecin est un agent parfait de ses patients ou cherche seulement à maximiser son profit, les économistes de la santé semblent avoir trouvé un consensus autour d’un objectif à deux composantes : la première est le profit, la seconde, l’état de santé des patients. À l’instar de nombreux auteurs[[2]](#footnote-2), nous considérerons donc que ces deux arguments entrent dans la fonction d’utilité des médecins. […]

[David Bardey](https://www.cairn.info/publications-de-David-Bardey--6751.htm), Dans [Revue économique](https://www.cairn.info/revue-economique.htm) [**2002/3 (Vol. 53)**](https://www.cairn.info/revue-economique-2002-3.htm), pages 581 à 588, [https://www.cairn.info/revue-economique-2002-3-page-581.htm#](https://www.cairn.info/revue-economique-2002-3-page-581.htm)

**L'hypothèse de demande induite : un bilan économique par Lise Rochaix et Stéphane Jacobzone.**

En économie de la santé, l'hypothèse de demande induite conduit à transformer la perception de la demande de soins. Celle-ci ne refléterait pas seulement les choix en termes d'utilité du patient, mais pourrait aussi être déterminée par les motivations implicites du médecin. Cette hypothèse très discutée a fait l'objet de multiples études empiriques. […]. Au niveau empirique, le débat académique semble en partie clos et n'est pas définitivement tranché, compte tenu des limites des outils. Néanmoins, un tel bilan souligne l'importance des incitations auxquelles sont exposés les médecins dans leur pratique. Ceci n'est pas sans incidence quant à la réflexion en termes de mécanismes de rémunération des offreurs et peut éclairer certains choix de politique économique. Abstract

Un consensus se forme donc sur la nécessité de prendre en compte dans les modèles l'interaction "médecin-patient" de façon globale, et en intégrant les asymétries d'information au profit du médecin. Dans cette optique, la définition désormais retenu pour la demande induite est celle de Rice (1983) : la demande induite correspond à la mesure dans laquelle un médecin peut recommander et imposer une prestation de service médical différente de celle que le patient choisirait s'il détenait la même information que lui.

<https://www.persee.fr/docAsPDF/ecop_0249-4744_1997_num_129_3_5862.pdf>

**L’influence de l’offre sur la demande**

**Le premier facteur d'offre est le progrès technique. La diffusion du progrès technique a été particulièrement importante dans le secteur de la santé (scanners, RMN). Certaines innovations ont permis de réaliser des économies (vaccins) tandis que d'autres ont entraîné des augmentations de coûts. De plus, les nouvelles techniques médicales peuvent stimuler la demande dans la mesure où les offreurs bénéficient d'un marché captif, mais cela peut aussi révéler une demande latente.**

**[…]**

Le second facteur d'offre est l'augmentation du **personnel** et des **installations de santé**. L'augmentation de l'offre peut en effet conduire à un accroissement de la demande (la demande induite par l'offre). Au niveau théorique, la demande induite est engendrée par le monopole de la connaissance médicale des médecins associée à la faible sensibilité des patients aux prix. L'excès d'offre de soins peut alors contribuer à la hausse des dépenses de santé.

[…]

Cette théorie de la demande induite par l'offre a conduit à l'instauration de quotas *(médecins, infirmières)* qui ne sont pas sans poser des problèmes. En effet, l'offre chute au moment où le vieillissement nécessite un accroissement du personnel. Cette relative pénurie est alors un facteur de pression à la hausse des salaires.

Le troisième facteur d'offre est le **prix des soins** qui, comme sur tout marché, est susceptible d'affecter à la fois la demande et l'offre. Le prix relatif des soins (c'est-à-dire le rapport de l'indice du prix des dépenses de santé au prix de la consommation des ménages) a théoriquement un effet négatif sur la demande *(une hausse de prix réduit les volumes demandés)* et ambigu sur l'offre (une hausse de prix encourage les prestataires à produire plus, mais peut aussi leur permettre de travailler moins pour un revenu égal). Une étude empirique sur le Québec (Rochaix 1993) montre que les prestataires cherchent à garantir le maintien de leur revenu plutôt qu'à l'augmenter à la faveur des hausses de prix. Une hausse de prix peut ainsi, à l'initiative de l'offre, réduire les volumes et son effet sur les dépenses est donc ambivalent.

<https://www.senat.fr/rap/l03-424-1/l03-424-126.html>, 10 novembre 2019

**Le paiement à la capitation (forfaitaire) enfin expérimenté en France**

Très usité en Grande-Bretagne par exemple, le mode de paiement des médecins à la capitation devrait être expérimenté en France dès 2019. Ce mode de rémunération consiste à verser au médecin, pour une période donnée, un forfait correspondant à la prise en charge d'un patient (voir aussi [Nouveaux modes de rémunération des soins : vers un paiement forfaitaire par capitation ?](https://www.medscape.com/voirarticle/3604361)).

**Des centres de santé pour tester la rémunération en « patientèle totale »**

L’expérimentation, rendue possible grâce à l'article 51 de la loi de financement de la sécurité sociale 2018, sera menée par l'Institut Jean-François Rey, dirigé par le Dr Alain Beaupin, qui regroupe 10 centres de santé. C'est ce qui a été annoncé lors d'une conférence organisée en amont du 58e congrès des centres de santé début octobre

Philippe Anaton, 30 octobre 2018, <https://francais.medscape.com/voirarticle/3604506>

**Prescriptions des médecins : l'influence des laboratoires à la loupe**

Selon une étude, les médecins français recevant des cadeaux auraient tendance à faire des prescriptions « plus chères et de moindre qualité ».

Source AFP, Modifié le 06/11/2019 à 06:15 - Publié le 06/11/2019 à 01:47 | Le Point.fr

C'est une étude qui vient mettre les pieds dans le plat. Selon des médecins, chercheurs et ingénieurs à l'université de [Rennes](https://www.lepoint.fr/tags/rennes), les médecins qui sont choyés par les laboratoires ont tendance à faire « des prescriptions plus chères et de moindre qualité ». En revanche, ceux « qui ne reçoivent aucun avantage de la part de l'industrie pharmaceutique sont associés en moyenne à de meilleurs indicateurs établis par l'Assurance maladie quant à l'efficacité de leurs prescriptions, et celles-ci coûtent globalement moins cher ».

Ces résultats ne démontrent pas de lien de cause à effet mais « renforcent l'hypothèse selon laquelle l'industrie pharmaceutique peut influencer les prescriptions des médecins généralistes, et offrent un aperçu sur l'étendue de cette influence », soulignent l'université, le CHU et l'École des hautes études en santé publique dans un communiqué.

« Cette influence, parfois inconsciente chez les médecins, peut conduire à choisir un traitement qui n'est pas optimal, au détriment de la santé du patient et du coût pour la collectivité », ajoutent-ils. L'étude, parue dans le *British Medical Journal* (BMJ), repose sur le croisement de deux bases de données : la première est le portail Transparence santé, sur lequel doivent être déclarés tous les « liens d'intérêt » des professionnels de santé, et notamment les équipements, repas, frais de transport ou d'hôtel offerts par des entreprises du secteur (laboratoires pharmaceutiques, fabricants de dispositifs médicaux, etc.), à partir d'un montant de 10 euros.

**90 % des médecins ont reçu un cadeau**

Selon cette base, « près de 90 % des médecins généralistes ont déjà reçu au moins un cadeau depuis 2013 », souligne Pierre Frouard, médecin généraliste à Rennes et coordonnateur de l'étude. « C'est la première étude de cette ampleur en France » qui exploite les données de ce portail, souligne Bruno Goupil, premier auteur de l'étude, interrogé par l'Agence [France](https://www.lepoint.fr/tags/france)-Presse.

La seconde base est le Système national des données de santé (SNDS), fusion née en 2017 de deux bases de données pré-existantes et qui recense consultations, actes médicaux, prescriptions de médicaments et hospitalisations remboursés en conservant l'anonymat des assurés.

**41 000 médecins généralistes**

Les auteurs ont passé au crible les prescriptions d'un peu plus de 41 000 médecins généralistes travaillant exclusivement en libéral et les ont classés en six groupes, en fonction du montant des avantages perçus au cours de l'année 2016.

Ils ont ainsi mis en évidence qu'« en moyenne », « le groupe de médecins n'ayant reçu aucun avantage (…) est associé à des prescriptions moins coûteuses, plus de prescriptions de médicaments génériques par rapport aux mêmes médicaments non génériques » (pour trois types de médicaments), « moins de prescriptions de vasodilatateurs et de benzodiazépine pour des durées longues », dont l'usage est déconseillé par l'Assurance maladie, « moins de prescriptions de sartans » par rapport à une autre famille de médicaments, recommandés pour leur efficacité similaire avec un moindre coût.

**Les lourdes dépenses des laboratoires**

En revanche, « il n'existe pas de différence significative pour la prescription d'aspirine, de génériques d'antidépresseurs ou de génériques d'inhibiteurs de la pompe à protons », des médicaments anti-acidité. Les auteurs montrent également que plus le montant total des avantages perçus est élevé plus le surcoût moyen par prescription augmente, tout comme le déficit de prescription des versions génériques pour les antibiotiques, les antihypertenseurs et les statines.

« Les firmes pharmaceutiques dépensent énormément d'argent dans la promotion des médicaments (23 % de leur chiffre d'affaires soit plus que pour la recherche) dont les cadeaux ne sont qu'une partie », souligne le Dr Goupil, citant un rapport de la Commission européenne publié en 2009. « Il semble peu probable que cet argent soit dépensé à perte et les résultats de notre étude concordent avec les études existantes en faveur d'une influence sur les prescriptions », ajoute-t-il.

<https://www.lepoint.fr/sante/prescription-des-medecins-l-influence-des-laboratoires-a-la-loupe-06-11-2019-2345516_40.php>, Publié le 06/11/2019 à 01:47 | Le Point.fr

**Les médecins qui reçoivent des cadeaux des laboratoires pharmaceutiques prescrivent plus et moins bien**

Une étude publiée mercredi renforce « l’hypothèse selon laquelle l’industrie pharmaceutique peut influencer les prescriptions des médecins généralistes ».

Les médecins généralistes français qui reçoivent des cadeaux des laboratoires pharmaceutiques ont tendance à faire « des prescriptions plus chères et de moindre qualité », montre une étude publiée mercredi 6 novembre.

Inversement, ceux « qui ne reçoivent aucun avantage de la part de l’industrie pharmaceutique sont associés en moyenne à de meilleurs indicateurs établis par l’Assurance-maladie quant à l’efficacité de leurs prescriptions, et celles-ci coûtent globalement moins cher », concluent ses auteurs, médecins, chercheurs et ingénieurs à l’université et au CHU de Rennes.

Ces résultats ne démontrent pas de lien de cause à effet mais « renforcent l’hypothèse selon laquelle l’industrie pharmaceutique peut influencer les prescriptions des médecins généralistes et offrent un aperçu sur l’étendue de cette influence », soulignent l’université, le CHU et l’Ecole des hautes études en santé publique [dans un communiqué](https://www.ehesp.fr/wp-content/uploads/2019/11/CP-sous-embargo-Etude-rennaise-generalistes-avantages-BMJ-6nov19-1h.pdf).

« Cette influence, parfois inconsciente chez les médecins, peut conduire à choisir un traitement qui n’est pas optimal, au détriment de la santé du patient et du coût pour la collectivité. »

**« Plus de prescriptions de génériques »**

L’étude met en évidence qu’« en moyenne (…) le groupe de médecins n’ayant reçu aucun avantage est associé à » :

* « des prescriptions moins coûteuses » ;
* « plus de prescriptions de médicaments génériques par rapport aux mêmes médicaments non génériques » (pour trois types de médicaments : antibiotiques, antihypertenseurs, statines) ;
* « moins de prescriptions de vasodilatateurs et de benzodiazépine pour des durées longues », dont l’usage est déconseillé par l’Assurance-maladie ;
* « moins de prescriptions de sartans » par rapport à une autre famille de médicaments, recommandés pour leur efficacité similaire avec un moindre coût.

En revanche, « il n’existe pas de différence significative pour la prescription d’aspirine, de génériques d’antidépresseurs ou de génériques d’inhibiteurs de la pompe à protons », des médicaments antiacidité.

**« Enormément d’argent dans la promotion »**

Les auteurs montrent également que plus le montant total des avantages perçus est élevé, plus le surcoût moyen par prescription augmente, tout comme le déficit de prescription des versions génériques pour les antibiotiques, les antihypertenseurs et les statines.

« Les firmes pharmaceutiques dépensent énormément d’argent dans la promotion des médicaments (23 % de leur chiffre d’affaire soit plus que pour la recherche) dont les cadeaux ne sont qu’une partie », souligne le Dr Goupil, citant un rapport de la Commission européenne publié en 2009.

« Il semble peu probable que cet argent soit dépensé à perte et les résultats de notre étude concordent avec les études existantes en faveur d’une influence sur les prescriptions », ajoute-t-il.

**90 % des généralistes « ont reçu au moins un cadeau » depuis 2013**

L’étude, parue dans le British Medical Journal (BMJ), repose sur le croisement de deux bases de données. La première est le [portail Transparence Santé](https://www.transparence.sante.gouv.fr/flow/main;jsessionid=D2CF3DBD109FC9E6CB449F5FD25943CC?execution=e1s1), sur lequel [doivent être déclarés tous les « liens d’intérêt » des professionnels de santé](https://www.lemonde.fr/sante/article/2014/06/26/un-site-eclaire-les-liens-d-interets-entre-laboratoires-et-professionnels-de-sante_4446315_1651302.html), et notamment les équipements, repas, frais de transport ou d’hôtel offerts par des entreprises du secteur (laboratoires pharmaceutiques, fabricants de dispositifs médicaux, etc.), à partir d’un montant de 10 euros.

Selon cette base, « près de 90 % des médecins généralistes ont déjà reçu au moins un cadeau depuis 2013 », souligne Pierre Frouard, médecin généraliste à Rennes et coordonnateur de l’étude. « C’est la première étude de cette ampleur en France » qui exploite les données de ce portail, souligne Bruno Goupil, premier auteur de l’étude, interrogé par l’AFP.

La seconde base est le [système national des données de santé](https://www.snds.gouv.fr/SNDS/Accueil) (SNDS), qui recense consultations, actes médicaux, prescriptions de médicaments et hospitalisations remboursés en conservant l’anonymat des assurés.

Les auteurs ont passé au crible les prescriptions d’un peu plus de 41 000 médecins généralistes travaillant exclusivement en libéral et les ont classés en six groupes, en fonction du montant des avantages perçus au cours de l’année 2016.

<https://www.lemonde.fr/societe/article/2019/11/06/les-medecins-qui-recoivent-des-cadeaux-des-laboratoires-pharmaceutiques-prescrivent-plus-et-moins-bien_6018197_3224.html>,

Le Monde avec AFP Publié le 06 novembre 2019 à 08h06

1. Analyser l’évolution du taux de césariennes, sur demande maternelle. Expliquer en quoi la demande de césarienne sur demande maternelle peut être considérée comme demande induite.

2. Présenter quelques applications de la théorie de demande induite, visant à réduire la demande induite, et réduire les dépenses

3. Justifier l’instauration des quotas de *médecins, d’infirmières par* les pouvoirs publics*.*

La demande induite correspond à la mesure dans laquelle un médecin peut recommander et imposer une prestation de service médical différente de celle que le patient choisirait s'il détenait la même information que lui.

Dans l'interaction "médecin-patient" il y a une asymétrie d'informations au profit du médecin

Analyser les implications de la théorie de la demande induite dans le contrôle des professionnels de santé.

Instauration des quotas de *médecins, d’infirmières par* les pouvoirs publics

Réflexion en termes de mécanismes de rémunération des offreurs, des médecins : la capitation

Réflexion sur le lien médecins et laboratoires :

Justifier l’instauration des quotas de *médecins, d’infirmières par* les pouvoirs publics*.*

La théorie de la demande induite par l'offre a conduit : Le concept de demande induite correspond à l'influence de l'offre (incarné par le producteur de soins) sur la demande (incarnée par le patient) : plus l'offre augmente, c'est-à-dire plus le nombre de médecins ou d'hôpitaux augmentent, plus la demande de santé de la population croît

L'instauration de quotas *(médecins, infirmières)* se justifie par la théorie de la demande induite par l'offre, selon laquelle, l'augmentation de l'offre en **personnel** et **installations de santé** peut conduit à un accroissement de la demande, et donc à une augmentation des dépenses de santé.

Explication : la demande induite est engendrée par le monopole de la connaissance médicale des médecins associée à la faible sensibilité des patients aux prix.

**La théorie de la demande induite :**

Le concept de demande induite correspond à l'influence de l'offre (incarné par le producteur de soins) sur la demande (incarnée par le patient) : plus l'offre augmente, c'est-à-dire plus le nombre de médecins ou d'hôpitaux augmentent, plus la demande de santé de la population croît. Plusieurs mécanismes sont en jeu et pourraient expliquer ce phénomène :

* + l'existence d'une forte densité médicale et hospitalière (existence de pôles d'attractivité selon les régions) est un appel direct à la consommation de soins,
	+ une population de plus en plus informée et exigeante poussant à la prescription et la consommation,
	+ mais paradoxalement, une population ignorante et peu sensible aux prix se laissant guider par le médecin qui tente d'assurer ses revenus et de ne pas perdre de clientèle. En effet, le médecin peut difficilement refuser un patient sous peine de voir le patient consulter un confrère. Les économistes de la santé considèrent que la France, du fait du système de paiement à l'acte, est d'avantage susceptible de rentrer dans ce modèle au regard de la concurrence existante entre professionnels de la santé qu'un pays où les médecins sont majoritairement salariés ou pays à la capitation. Cependant la validation de cette hypothèse sur le plan empirique n'est pas concluante. (http://www.senat.fr/rap/l03-424-1/l03-424-126.html). Les résultats obtenus dans les pays diffèrent. En France, une hausse de la densité médicale accroît les dépenses réelles de 1%. L'augmentation n'est que de 0.4% aux Pays-Bas. Il est vraisemblable que ces effets soient plus fortement marqués dans les pays où le mode de rémunération dominant des prestataires de soins est le paiement à l'acte pour lequel il n'existe pas de contrôle sur le volume des actes prescrits.

Par ailleurs, la relation entre patient et professionnel de santé est plutôt considérée comme un partenariat. Le partage de la décision résulte certes de la connaissance qu'a le médecin du domaine de la santé, mais aussi de la connaissance qu'a le patient de ses préférences vis-à-vis des conséquences des options de prise en charge. Ce « pouvoir accru » du patient s'est illustré depuis 1990 par plusieurs faits :

* + - la loi Huriet-Sérusclat de 1998 relative au consentement éclairé des patients se prêtant à des recherches biomédicales
		- la charte du patient hospitalisé de 1995
		- le code de déontologie médicale réformé par décret en 1995
		- la loi du 4 mars 2002 relative aux Droits des malades et à la qualité du système de santé
		- le guide méthodologique d'information à l'intention des patients et des usagers de santé publié par la Haute Autorité de Santé en 2005.

**Notion de de risque moral :** le risque d'aléa moral est du point de vue théorique la défaillance la plus communément citée dans le secteur de l'assurance. Le principe de ce concept est le suivant : dès lors qu'un individu est assuré, il est moins incité à éviter la survenue d'un accident ou d'une maladie du fait d'un recours moins fréquent au système de prévention. Ces individus peuvent également adopter un comportement plus à risque. Enfin, ils peuvent également avoir tendance à surconsommer des soins, se sachant couvert par l'assurance.

[…] La demande croît avec l'utilité sociale du bien considéré. En économie, l'utilité est une mesure du bien-être ou de la satisfaction obtenue par la consommation, ou du moins l'obtention, d'un bien ou d'un service. Elle est liée à la notion de besoin.

<http://ressources.aunege.fr/nuxeo/site/esupversions/6dfeaa1a-67f2-42a9-84b6-834f79bc3f51/AnaComSysSan/co/Raisons%20theoriques.html>,

## II. 2. Les facteurs de croissance des dépenses de santé

On cherche ici à comprendre les facteurs ayant, sur le passé, entraîné l'augmentation des dépenses de santé. Puis on tente de projeter à moyen terme l'évolution des dépenses en fonction des évolutions démographiques et économiques, en supposant donnés les systèmes de santé.

### A. 2.1. UN EXAMEN RÉTROSPECTIF DES DÉPENSES DE SANTÉ

#### 1. a. Les facteurs explicatifs

L'évolution des dépenses de santé peut schématiquement être expliquée par des facteurs de demande (comportement des assurés) et par des facteurs d'offre (comportement des prestataires), même si cette distinction est parfois arbitraire. Il faut bien évidemment y ajouter les facteurs institutionnels, qui sont au coeur des réformes des systèmes de santé et agissent à la fois sur la demande et sur l'offre.

##### a) Les facteurs de demande

Le facteur primordial de demande est la **démographie**, puisque les dépenses de santé sont, avant toute chose, proportionnelles à la population. La taille de la population n'est toutefois pas le seul facteur démographique qui peut expliquer la croissance des dépenses de santé. En effet, la consommation des biens de santé n'est pas uniforme tout au long de la vie, en particulier elle est plus forte aux âges élevés. Les deux effets démographiques - croissance de la population d'une part, déformation de la pyramide des âges d'autre part - seront pris en compte dans la projection des dépenses de santé présentée plus bas.

Après le facteur démographique, le second facteur par ordre d'importance est le **revenu par habitant** : comme l'illustre le graphique 4, les dépenses de santé par habitant sont, pour les pays de l'échantillon,, une fonction croissante du revenu par habitant. Cette observation est cohérente avec les évolutions présentées en section 1, qui montrent que les dépenses de santé rapportées au PIB ont augmenté au cours du temps32([\*](https://www.senat.fr/rap/l03-424-1/l03-424-125.html#fn32)). Elle confirme le caractère de « bien supérieur » de la santé dont la consommation s'élève plus que proportionnellement avec le revenu (Newhouse,1977).

Graphique 4 : Dépenses de santé et PIB par habitant en 2000, en parité de pouvoir d'achat\*



\* les PIB par habitant comme les dépenses par habitant sont évalués en dollars, à un taux de change qui égalise les prix à la consommation entre les différents pays.

Source : Base Eco-Santé 2003

De nombreux travaux ont tenté de préciser ce lien apparent entre le PIB et les dépenses de santé (voir L'Horty, Quinet et Rupprecht, 1997). Ils tendent à nuancer le caractère de bien supérieur de la santé. En particulier, il se pourrait que ce lien masque l'effet du progrès technique qui touche inégalement la santé et les autres secteurs d'activité (voir plus bas). Par ailleurs, la hausse du PIB par tête élève les assiettes de cotisations, ce qui permet de financer plus de dépenses de santé. Ainsi, l'augmentation plus que proportionnelle des dépenses par rapport au PIB ne vient pas forcément d'un désir de la société de consacrer une part sans cesse plus élevée de son revenu pour sa santé, mais peut aussi être le résultat d'un desserrement progressif de la contrainte de financement. Cette interprétation est renforcée par les travaux réalisés sur données individuelles, qui obtiennent une élasticité faible des dépenses de chaque individu à son revenu, cohérente avec un financement mutualisé des dépenses.

Le troisième facteur de demande est le **prix des soins**. Comme pour le revenu, le prix des soins a un impact différent selon que l'on se situe au niveau individuel ou agrégé, car les pays sont confrontés au véritable prix de la santé, tandis que les patients bien souvent ne connaissent même pas le prix des soins.. De plus, ce n'est pas le consommateur qui prend la plupart des décisions de consommation de soins, mais le corps médical. Enfin, les prix ne sont pas vraiment exogènes mais régulés par l'Etat.

Une manière indirecte d'évaluer l'impact du prix des soins sur les dépenses de santé est de mesurer l'effet de la couverture : une augmentation de la part de la prise en charge publique dans un système, à prix donnés, doit conduire à un accroissement des dépenses. L'Horty et alii (1997) obtiennent un impact positif significatif. Ainsi, la baisse tendancielle de la prise en charge moyenne depuis 15 ans (via la hausse du ticket modérateur) aurait freiné les dépenses de santé. Certains travaux réalisés en coupe sur plusieurs pays suggèrent au contraire une corrélation négative entre couverture et dépenses de santé (Gerdtham, 1995), sans doute plus lié au contrôle strict qui pèse sur les prestataires dans un système intégré, comme celui du Royaume-Uni.

[\*](https://www.senat.fr/rap/l03-424-1/l03-424-125.html%22%20%5Cl%20%22fnref32) 32 En effet, le rapport dépenses de santé / PIB est égal au rapport dépenses par habitant / PIB par habitant.

<https://www.senat.fr/rap/l03-424-1/l03-424-125.html>, 10 novembre 2019

##### b) Les facteurs d'offre

**Le premier facteur d'offre est le progrès technique. La diffusion du progrès technique a été particulièrement importante dans le secteur de la santé (scanners, RMN). Certaines innovations ont permis de réaliser des économies (vaccins) tandis que d'autres ont entraîné des augmentations de coûts. De plus, les nouvelles techniques médicales peuvent stimuler la demande dans la mesure où les offreurs bénéficient d'un marché captif, mais cela peut aussi révéler une demande latente.**

**La prise en compte du progrès technique dans un modèle explicatif des dépenses de santé est difficile car la mesure du progrès technique est complexe. L'Horty et alii (1997) utilisent les dépenses en appareils thérapeutiques par lits d'hôpitaux ou par nombre de médecins. Cependant, si ces dépenses sont en stagnation et s'il y a baisse du nombre de lits en raison d'une augmentation du taux de rotation, alors une augmentation de l'indicateur du progrès technique est simplement due à une rationalisation. Mahieu (2000) construit un indicateur composite de progrès technique pour la France ?. Il est cependant difficile de construire un tel indicateur pour plusieurs pays, en raison du manque de données homogènes sur une période suffisamment longue. Dans le modèle présenté ci-dessous, on s'en tient à une simple tendance temporelle**

Le second facteur d'offre est l'augmentation du **personnel** et des **installations de santé**. L'augmentation de l'offre peut en effet conduire à un accroissement de la demande (la demande induite par l'offre). Au niveau théorique, la demande induite est engendrée par le monopole de la connaissance médicale des médecins associée à la faible sensibilité des patients aux prix. L'excès d'offre de soins peut alors contribuer à la hausse des dépenses de santé.

Cependant, la validation empirique de cette hypothèse n'est pas concluante. Par exemple, Mahieu (2000) obtient des résultats très différents selon les pays. Pour la France, l'élasticité à la densité médicale est unitaire : une hausse de la densité de 1% accroît les dépenses réelles de 1%. Ce coefficient est nettement plus faible (0,4) pour les Pays-Bas. Il est vraisemblable que ces effets sont plus forts dans les pays où le mode de rémunération dominant des prestataires est à l'acte et dans lesquels il n'existe pas de contrainte sur le volume des actes.

Cette théorie de la demande induite par l'offre a conduit à l'instauration de quotas *(médecins, infirmières)* qui ne sont pas sans poser des problèmes. En effet, l'offre chute au moment où le vieillissement nécessite un accroissement du personnel. Cette relative pénurie est alors un facteur de pression à la hausse des salaires.

Le troisième facteur d'offre est le **prix des soins** qui, comme sur tout marché, est susceptible d'affecter à la fois la demande et l'offre. Le prix relatif des soins (c'est-à-dire le rapport de l'indice du prix des dépenses de santé au prix de la consommation des ménages) a théoriquement un effet négatif sur la demande *(une hausse de prix réduit les volumes demandés)* et ambigu sur l'offre (une hausse de prix encourage les prestataires à produire plus, mais peut aussi leur permettre de travailler moins pour un revenu égal). Une étude empirique sur le Québec (Rochaix 1993) montre que les prestataires cherchent à garantir le maintien de leur revenu plutôt qu'à l'augmenter à la faveur des hausses de prix. Une hausse de prix peut ainsi, à l'initiative de l'offre, réduire les volumes et son effet sur les dépenses est donc ambivalent.

<https://www.senat.fr/rap/l03-424-1/l03-424-126.html>, 10 novembre 2019

##### c) Les facteurs institutionnels

Selon l'organisation du système de soins, des contraintes plus ou moins fortes pèsent sur l'offre et la demande. Par exemple, dans un système public intégré comme au Royaume-Uni, le budget annuel est fixé a priori. L'offre est par conséquent fortement contrainte. Dans les systèmes intégrés et sous contrats, la demande est contrainte par le biais du généraliste « porte d'entrée » du système. Les patients doivent obtenir une autorisation du généraliste pour consulter un spécialiste.

Les facteurs institutionnels peuvent expliquer les écarts de taux de croissance des dépenses de santé entre les pays. Deux approches sont généralement utilisées. La première distingue les effets liés au mode de rémunération dominant des prestataires33([\*](https://www.senat.fr/rap/l03-424-1/l03-424-127.html#fn33)) (salariat, rémunération à l'acte ou à capitation). La seconde distingue les effets liés au système national de santé (système de type intégré, remboursement ou système de contrat, selon la typologie de l'OCDE).

Dans ce qui suit, on associe l'impact de chaque système de soins à la composante strictement nationale de la tendance temporelle des dépenses : les écarts de taux de croissance issus des tendances de chaque pays peuvent s'interpréter comme l'impact de l'organisation du système de soins sur le taux de croissance des dépenses de santé, la tendance moyenne de tous les pays étant assimilée au progrès technique supposé identique dans tous les pays. On suit en cela Mahieu (2000), qui observe une tendance légèrement plus élevée des dépenses dans les pays où la rémunération se fait à l'acte par rapport à ceux qui pratiquent le système de la capitation. La prise en compte globale des spécificités institutionnelles conduit à des écarts plus importants, la tendance temporelle étant plus élevée (1,52%) pour le système de type remboursement que pour les deux autres systèmes (0,59% pour le système intégré, 0,68% pour le système contractuel).

[\*](https://www.senat.fr/rap/l03-424-1/l03-424-127.html%22%20%5Cl%20%22fnref33) 33 Les médecins généralistes sont salariés en Suède et le deviennent progressivement en Espagne. Ils sont payés à la capitation en Italie, au Royaume-Uni et aux Pays-Bas. Ils sont rémunérés à l'acte en Allemagne, en France et aux Etats-Unis mais, pour ces derniers, la part de capitation est en augmentation.

<https://www.senat.fr/rap/l03-424-1/l03-424-127.html> , 10 novembre 2019

La tarification à l’activité a été importé des États-Unis, comme la plupart des innovations dans l’organisation des soins. Ce pays qui a le système de santé, le plus inégalitaire et le plus couteux des pays de l’OCCDE a paradoxalement toujours joué le rôle de laboratoire d’idées en matière de santé publique. […]

La T2A repose sur une idée séduisante : rémunérer les hôpitaux en fonction de leur production de soins. Elle remplaçait avantageusement la dotation globale, trop rigide. Depuis 1983 chaque hôpital était doté tous les ans d’une enveloppe de fonctionnement annuelle – appelée dotation globale. Celle-ci était calculée sur la base de l’exercice précédent, modulée d’un taux directeur de croissance des dépenses hospitalières. L’unité de base du système était le nombre de journées d’hospitalisation.

En réalité la T2A est une fiction. Elle est doublement une fiction. D’abord sur le plan médical. La T2A s’applique à des maladies. Elle a pour principe d’évaluer le coût d’une maladie à l’occasion d’un séjour. Et c’est précisément cela qui fait sa faiblesse. […] la T2A impose un coût par pathologie qui est le même pour tous les hôpitaux. […]

La T2A fabrique des objets plus virtuels que réels. Ainsi Les groupes homogènes de malades (GHM). Il s’agit cette fois de classer les malades en fonction du coût qu’ils occasionnent pendant leur passage à l’hôpital, ainsi on met en évidence une certaine homogénéité de coût en fonction du mode de prise en charge. […]

Ainsi, on fabrique des standards de référence qui sont extrêmement composites et qui ne tiennent pas compte du caractère aléatoire des pratiques médicales et des diagnostics. Le principe est de concevoir que des entités cliniques différentes consomment de façon stable dans le temps les mêmes ressources. […]

Dans un contexte purement économique, l’incitation à la productivité est sans doute favorable à la dynamique du marché. Cependant, dans le cadre d’un système de santé, elle peut induire une demande de soins qui n’est pas nécessairement bénéfique sur le plan de la santé publique. La T2A encourage à la multiplication d’actes non pertinents.

La finalité d’un hôpital n’est pas d’augmenter sa productivité mais d’offrir à la population des soins pertinents au moindre coût.

<https://blog.laurentvercoustre.lequotidiendumedecin.fr/2018/01/10/buzyn-sattaque-a-la-t2a/> , Posté le [10 janvier 2018](https://blog.laurentvercoustre.lequotidiendumedecin.fr/2018/01/10/buzyn-sattaque-a-la-t2a/) par [Laurent Vercoustre](https://blog.laurentvercoustre.lequotidiendumedecin.fr/author/laurent-vercoustre/)

**Analyse de la demande : la demande induite**

1. Relever les raisons de l’évolution des demandes de césariennes sur demande maternelle

2. Expliquer en quoi la demande de césarienne sur demande maternelle peut être considérée comme demande induite, c'est à dire sans véritable raison médicale.

**Les pays où l'on pratique le plus de césariennes**



Le nombre de naissances par césarienne a quasiment doublé dans le monde entre 2000 et 2015, révèle une étude publiée aujourd'hui par la revue médicale [The Lancet.](https://www.thelancet.com/series/caesarean-section?utm_campaign=tlcsec18&utm_source=carousel) Selon des gynécologues, ce nombre est passé de 16 millions en 2000 (12 % des naissances) à 29,7 millions en 2015 (21 %).
Comme le montrent les données de l'[OCDE](https://books.google.de/books?id=omxnDwAAQBAJ&pg=PT340&dq=taux+c%C3%A9sarienne+naissance+pays+OCDE+2017&hl=de&sa=X&ved=0ahUKEwinutaisIDeAhWNZFAKHe47D-0Q6AEIJzAA#v=onepage&q=taux%20c%C3%A9sarienne%20naissance%20pays%20OCDE%202017&f=false), nombreux sont les pays où plus de 35 % des naissances ont lieu par césarienne. En Turquie, plus de la moitié des accouchements (53,1%) se faisait par césarienne : c’est en effet le pays qui a enregistré le plus haut taux d’accouchement par césarienne pour 100 naissances vivantes au sein de l’OCDE en 2015.

Selon l’OCDE, cette hausse serait liée - entre autres - à la commodité de la programmation pour les médecins et les patientes et à l’augmentation du nombre des premières naissances chez des femmes à un âge plus tardif.

En France, un enfant sur cinq naît par césarienne (20,8 %). C’est dans les pays nordiques (Islande, Finlande, Suède et Norvège) que l’on observe les taux d’accouchement par césarienne les plus faibles avec des valeurs comprises entre 15,5 % et 17,3 %.

Claire Jenik, 12 oct. 2018, <https://fr.statista.com/infographie/4209/les-pays-ou-lon-pratique-le-plus-de-cesariennes/>

**Hôpital : comment son financement encourage à multiplier les opérations**

Par [**Anne-Laure Barret**](https://twitter.com/AnneLaureBarret), le 24 octobre 2017,

Le système de financement des hôpitaux pousse les établissements à multiplier les actes, au détriment de la qualité des soins.

T2A. Ce sigle barbare est le cauchemar de nombreux soignants qui y voient, avec l'austérité budgétaire, l'une des causes majeures des maux de l'hôpital. Si les patients savaient, jurent-ils, ce serait aussi le leur. Avant 2004, chaque établissement public disposait d'un budget global annuel fixé à l'avance. Depuis la mise en place de la T2A (ou tarification à l'activité), les ressources sont calculées à partir d'une mesure de l'activité produite (plus un CHU opère, plus il gagne de l'argent), chaque acte faisant l'objet d'un tarif fixé par le ministère de la Santé.

**Les opérations chirurgicales inutiles se multiplient**

Ainsi, il est aujourd'hui plus rentable pour un hôpital d'administrer 25 séances de radiothérapie à une femme atteinte d'un cancer du sein plutôt que 15 (à une dose légèrement plus élevée) alors que plusieurs études scientifiques montrent que les deux options sont équivalentes sur le plan médical. La seconde est pourtant moins coûteuse pour la Sécu (moins d'actes remboursés, moins de transports sanitaires) et pour la patiente (moins de séances et de stress).

Les hommes ne sont pas épargnés : comme les ablations totales de la prostate en cas de tumeur font entrer des euros dans les caisses, il peut arriver que ces opérations mutilantes soient préférées à des thérapies plus légères moins bien rémunérées! Une tendance accentuée par l'arrivée des robots chirurgicaux, des équipements très chers qu'il faut amortir en opérant.

**Il y a des malades rentables et d'autres non rentables**

A coup d'exemples aussi saisissants que ceux-ci, les détracteurs du système de financement actuel dénoncent ses effets pervers : multiplication d'actes ou d'opérations inutiles, mauvaise rémunération des tâches chronophages (prise en charge des maladies chroniques), inadaptation au virage de l'ambulatoire. "Il y a des malades rentables et d'autres non rentables. L'hôpital doit se concentrer sur les premiers pour équilibrer ses comptes. Résultat, notre système dépense beaucoup mais son efficience n'est pas bonne", résume l'urgentiste Christophe Prud'homme, responsable CGT Santé, qui se désole que ce qui aurait dû rester un "outil de comptabilité" soit devenu le gouvernail du paquebot hospitalier. Pour André Grimaldi, professeur de diabétologie, "ce système est un carcan qui freine la créativité dans l'organisation".

**La ministre songe à forfaitiser la prise en charge de certains cancers**

Longtemps médecin hématologue à Paris, à l'hôpital Necker puis Saint-Antoine, Agnès Buzyn connaît intimement les travers de la T2A. Avec ce premier budget de la Sécurité sociale, la ministre ne fait pas la révolution attendue par beaucoup mais assure vouloir corriger le tir à la marge, "en douceur", grâce à l'injection d'une dose de "paiement au forfait". A terme, elle semble pencher pour l'instauration d'un "système mixte", de manière progressive, les yeux fixés sur les comptes de l'assurance-maladie afin d'éviter tout dérapage des dépenses.

L'article 35 du projet de loi de financement de la Sécurité sociale pour 2018 prévoit ainsi la possibilité de lancer des expérimentations sur l'organisation et la rémunération des actes mais le montant consacré à ces tests n'a pas été précisé. La ministre songe par exemple à forfaitiser la prise en charge de certains cancers. Aux Etats-Unis, les systèmes d'assurance maladie Medicare et Medicaid, respectivement pour les pauvres et les personnes âgées, allouent justement une somme forfaitaire pour le traitement de telle ou telle pathologie et non pour chaque acte médical. La pose d'une prothèse de genou est toujours rémunérée de la même manière, quel que soit le nombre de consultations, ou même d'opérations, nécessaires. Et si une infection survient après l'intervention, l'hôpital devra la soigner mais surtout rendre une partie de l'argent car il n'aura pas respecté ses engagements de qualité.

**Aucun des deux systèmes n'est parfait**

Délégué général de la Fédération hospitalière de France (le lobby des directeurs d'hôpitaux publics), Cédric Arcos n'ignore pas les limites de la T2A, notamment dans la prise en charge des maladies chroniques ; mais il garde en mémoire celles de l'ancien système de l'enveloppe fermée. Les hôpitaux et services dynamiques n'étaient pas mieux traités que ceux où les équipes étaient plus passives. Vers la fin de l'année, des malades en attente de prothèse cardiaque étaient renvoyés dans la clinique voisine pour cause d'épuisement du budget. "Aucun des deux systèmes n'est parfait, affirme Cédric Arcos. La T2A ne doit être qu'un outil au service d'une politique. C'est malheureusement devenu une politique." Pour lui, le vrai défi actuel est justement de "définir une politique pour l'hôpital", mais aussi pour la médecine de ville, tant les deux sont liés.

<https://www.lejdd.fr/Societe/Sante/hopital-comment-son-financement-encourage-a-multiplier-les-operations-3472079>,

**Évolution des taux de césarienne en France**

**[…] L'évolution des taux depuis 35 ans**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Année** | **Pourcentage de césariennes (par rapport à toutes les naissances)** | **Pourcentage de césariennes (par rapport aux premières naissances)** |
| 1981 | 10,9% \* |  |
| 1995 | 15,9% \* | 18,0% \* |
| 1998 | 17,5% \* | 19,6% \* |
| 2003 | 19,6% \* | 23,5% \* |
| 2004 | 19,2% \*\* |  |
| 2005 | 19,6% \*\* |  |
| 2006 | 19,9% \*\* |  |
| 2007 | 20,3% \*\* |  |
| 2008 | 20,1% \*\* et 20,2% \*\*\* |  |
| 2009 | 20,2% \*\* et 20,3% \*\*\* |  |
| 2010 | 20,8% \* | 23,2% \* |
| 2011 | 20,5% \*\* | 20,6% \*\* |
| 2012 | 20,4% \*\* | 20,4% \*\*\* |
| 2013 | 20,3% \*\*\* |  |
| 2014 | 20,2% \*\* |  |

**[…]**

**Pourcentage de césariennes en France par rapport à toutes les naissances**



**La répartition des césariennes**

D'après le PMSI[[8]](http://www.atih.sante.fr/statistiques-par-ghm-0), entre 2009 et 2013, la répartition entre les césariennes programmées et en urgence était la suivante :

* environ la moitié de césariennes en cours de travail
* un tiers de césariennes programmées
* le reste sont des césariennes en urgence, hors travail.

<https://www.cesarine.org/>

**Les conditions de pratique de la césarienne**

Une naissance sur 5, presque une naissance sur 4 pour les primipares[[9]](http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2012-07/donnees_epidemiologiques_generales_liees_a_la_grossesse.pdf), se fait par césarienne. […]

Depuis 2009, Césarine propose aux mères ayant accouché par césarienne de renseigner [un questionnaire en ligne](https://www.cesarine.org/quest/) sur les conditions qu'elles ont connues lors de la naissance de leur enfant. Les résultats sont consultables avec de nombreux critères de tri. Ils offrent des informations sur les conditions de césariennes dans les maternités françaises, belges, luxembourgeoises ou québecquoises.

**Les facteurs influençant la pratique de la césarienne**

Trois principaux facteurs viennent impacter directement le taux de césariennes :

* **Les caractéristiques des bébés** (prématurité, [macrosomie](https://www.cesarine.org/avant/macrosomie/)[[3]](#footnote-3)) et des mères[[11]](http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2012-03/indications_cesarienne_programme_-_argumentaire.pdf) (page 24) : antécédent de césarienne, augmentation de l'âge maternel, nombre de grossesses multiples plus élevé en raison des techniques de procréation médicalement assistée, augmentation de l’index de masse corporelle de la mère (IMC).
	+ l'antécédent de césarienne : « *Parmi les femmes ayant accouché en 2001 pour lesquelles un antécédent de césarienne(s) était signalé [...] 68,6% ont ainsi connu à nouveau [une césarienne]* ». Dans son tableau 26, [[6]](http://www.sante.gouv.fr/IMG/pdf/Les_naissances_en_2010_et_leur_evolution_depuis_2003.pdf) établit que le taux de césarienne pour les multipares[[4]](#footnote-4) avec antécédent de césarienne diminue légèrement entre 2003 (64,4%) et 2010 (64%). En 2010, parmi les femmes ayant un antécédent de césarienne, 51% ont eu une césarienne avant travail (c'est à dire programmée) et 49% ont tenté un AVAC (accouchement vaginal après césarienne) avec un taux de succès de 75%[[13]](http://www.cngof.asso.fr/D_TELE/RPC_uterus_cicatriciel_2012.pdf). En d'autres termes, parmi les femmes ayant un antécédent de césarienne, en 2010, 36% ont accouché par voie basse et 64% ont accouché par césarienne.

**Évolution du taux de césarienne suivant les antécédents-parité et antécédents de césariennes**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Antécédents** | **2003** | **2010** |
| Primipares | 23% | 23,2% |
| Multipares sans antécédent de césarienne | 8,8% | 8,3% |
| Multipares avec antécédent de césarienne | 64,4% | 64% |
| Ensemble des naissances (avec parité et antécédents de césarienne connus) | 20,2% | 20,8% |

* + L'influence de l'âge : « *Les taux de césariennes croissent directement avec l'âge : plus faibles pour les moins de vingt ans (12,3 % observés), ils atteignent 27,6 % pour les femmes de plus de quarante ans* ». [[12]](http://www.drees.sante.gouv.fr/la-pratique-des-cesariennes-evolution-et-variabilite-entre-1998-et-2001%2C4919.html)
	+ Les femmes sans facteur de risque : 6 à 7% des femmes ne présentant aucun facteur de risque identifié pour un accouchement par voie basse, et qui se présentent à terme pour un accouchement spontané, subiront une césarienne en cours de travail[[12]](http://www.drees.sante.gouv.fr/la-pratique-des-cesariennes-evolution-et-variabilite-entre-1998-et-2001%2C4919.html)(tableau 3, page 5).
* **Les caractéristiques des maternités :**
	+ la nature de l'établissement (privé/public) : […]. Selon la Fédération Hospitalière de France (FHF) : « *en 2007, les établissements privés à but lucratif proposaient en moyenne un taux de césariennes de 21,5%, alors que les établissements publics et/ou à but non lucratif proposaient en moyenne un taux de 19,6%. Depuis 2001, c’est dans le secteur maternités des cliniques privées que la hausse du taux de césariennes a été la plus forte : +2,6 % contre +2,0 % dans le secteur public et +1,9 % dans le secteur privé à but non lucratif* ». [[14]](http://www.fhf.fr/Actualites/Presse-Communication/Espace-presse/Communiques-de-presse/Etude-sur-les-cesariennes/)
	+ le niveau des établissements :« *La fréquence des césariennes est très différente d'un établissement à l'autre, avec des variations allant en 2001 de 3 % à plus de 53 % des accouchements.* » [[12]](http://www.drees.sante.gouv.fr/la-pratique-des-cesariennes-evolution-et-variabilite-entre-1998-et-2001%2C4919.html) (page 3).
	+ Les établissements de niveau 3[[5]](#footnote-5) réalisent en moyenne plus de césariennes car ils sont amenés à traiter davantage de situations à risque (19,5% pour les niveaux 3 en 2001 contre environ 18% pour les niveaux 1 et 2). Toutefois, « *en présence d'au moins un des facteurs de risque [antécédent de césarienne, détresse foetale, présentation anormale du foetus, dystocie[[6]](#footnote-6) due à une anomalie pelvienne, accouchement avant terme, diabète gestationnel, rupture prématurée des membranes, grossesse multiple, hypertension artérielle et transfert pour accouchement ], des écarts sensibles entre les taux de césariennes pratiquées dans les différents niveaux de maternités (10 points de plus en niveau 1 par rapport au niveau 3) [...]* ». Une explication proposée est que « *lorsqu'il existe un ou plusieurs risques, il est ainsi possible que les maternités ne disposant pas en permanence de toutes les ressources humaines et techniques nécessaires pour faire face à l'urgence pratiquent des césariennes dites « de sécurité »* » [[12]](http://www.drees.sante.gouv.fr/la-pratique-des-cesariennes-evolution-et-variabilite-entre-1998-et-2001%2C4919.html) (page 4).
	+ Ces explications sont également à mettre en rapport avec le fait que « *les accouchements ont lieu moins souvent dans des maternités de type 1 (...). On assiste donc (...) à une concentration des accouchements dans des maternités publiques, de type 2 ou 3, et de taille de plus en plus grande*  » [[6]](http://www.sante.gouv.fr/IMG/pdf/Les_naissances_en_2010_et_leur_evolution_depuis_2003.pdf) (page 29).
	+ la variabilité inter-régionale : Certaines régions (Paris, Sud-est) sont autour de 23%, d'autres (Centre, Basse et Haute-Normandie) sont plus proches de 18% [[6]](http://www.sante.gouv.fr/IMG/pdf/Les_naissances_en_2010_et_leur_evolution_depuis_2003.pdf) (tableau 50)
* **Les pratiques médicales :**

L’amélioration des pratiques obstétricales et anesthésistes a permis une intervention plus sûre et donc un recours plus récurrent à la césarienne. Néanmoins, on constate une hétérogénéité dans la pratique médicale conduisant le CNGOF ou la HAS à produire des recommandations [[13]](http://www.cngof.asso.fr/D_TELE/RPC_uterus_cicatriciel_2012.pdf) ou des indications [[11]](http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2012-03/indications_cesarienne_programme_-_argumentaire.pdf) et [[15]](http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2012-03/reco2clics_indications-cesarienne.pdf).

* + L'hétérogénité des pratiques médicales : La FHF alerte sur « *une absence totale d'évaluation des pratiques professionnelles, chacun décidant en fonction de son " expérience " ou " impression personnelle"*  » [[14]](http://www.fhf.fr/Actualites/Presse-Communication/Espace-presse/Communiques-de-presse/Etude-sur-les-cesariennes/) avec pour conséquence une forte hétérogénéité dans la pratique médicale. Les recommandations professionnelles ont une valeur indicative, certes, mais elles laissent « *une large place à l’appréciation médicale pour juger des risques encourus dans le contexte précis de chaque accouchement* »[[11]](http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2012-03/indications_cesarienne_programme_-_argumentaire.pdf) (page 31).
	+ Les préoccupations relatives à la responsabilité pour faute médicale : la césarienne est parfois considérée comme une couverture en cas de poursuites éventuelles à l’encontre du médecin. La Haute Autorité de Santé indique : « *les pratiques professionnelles du personnel hospitalier pourraient aussi influencer le recours à une césarienne. (...) L’évolution des pratiques médicales fondée sur le principe de précaution pourrait contribuer à l’augmentation des césariennes avec demande de la part des professionnels en raison de la crainte d’un potentiel accru de recours juridiques à l’issue d’un accouchement présentant un petit risque (gros enfant, bassin un peu étroit, enfant prématuré, jumeaux) mais qui pourrait être jugé difficile (…). Il n’existe pas cependant, à ce jour, de donnée permettant de juger l’importance de ce fait, non quantifiable (ex. : nombre de procédures) ».*[*[11]*](http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2012-03/indications_cesarienne_programme_-_argumentaire.pdf)
	+ La commodité de la programmation (pour les médecins, comme pour les mères) : la césarienne est devenue un facteur d’organisation des naissances (optimisation des compétences et des moyens matériels). La HAS évoque : «*l’existence de césariennes programmées par les professionnels pour des raisons organisationnelles et d’offre de soins sur le territoire, mais il n’a pas été identifié de données pouvant apporter des informations complémentaires sur ce point* ».[[11]](http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2012-03/indications_cesarienne_programme_-_argumentaire.pdf)
	+ L’aspect économique : La FHF met en exergue la pratique abusive des césariennes, accentuée par la tarification à l’acte, notamment par certains établissements privés. Ce mode de naissance implique l’intervention -et la rémunération- de toute une équipe de professionnels de santé durant l’intervention et en post-natal, nécessite l’usage de quantités plus importantes d’anesthésiques, de produits pharmaceutiques et de médicaments que pour une naissance par voie basse et induit plusieurs jours d’hospitalisation pour la mère et son bébé. La hausse du nombre de césariennes à plus de 20 % des 800 000 naissances annuelles en fait donc un véritable pan de l’économie de la naissance en France.
	+ La généralisation de certains actes médicaux : Certains actes médicaux dont la pratique en France s’est généralisée depuis les années 1980 peuvent avoir des conséquences telles que la césarienne devient indispensable : déclenchement, péridurale, décubitus dorsal, rupture artificielle de la poche des eaux, etc. Ainsi, aujourd'hui un accouchement qui dépasse 12 heures est source de stress alors que jusqu’au début des années 1980, on considérait comme normal qu'il s'écoule 24 heures entre les premières contractions et la naissance du bébé (selon Michel Odent).

<https://www.cesarine.org/>

**Comparaison avec d'autres pays**

**Dans le monde**

Depuis 2005, l'Organisation Mondiale de la Santé publie annuellement des [Statistiques sanitaires mondiales](http://www.who.int/gho/publications/fr/) dans lesquelles est mis en avant l'évolution du taux de césarienne dans le monde. Sa base de données [[16]](http://apps.who.int/gho/data/node.main.HE-1571?lang=en) (en anglais) établit des liens entre la naissance par césarienne et trois critères que sont le lieu de vie, le niveau d'éducation et le niveau de richesse.

D'un pays à l'autre, les taux de césariennes varient considérablement. Citons simplement :

**Des pays à "faible" taux :**

* Islande : 15,31% en 2014 [[17]](http://www.oecd.org/fr/sante/base-donnees-sante.htm) (taux le plus faible de l'OCDE)
* Pays-Bas : 15,6% en 2010 [[18]](http://www.oecd-ilibrary.org/fr/social-issues-migration-health/panorama-de-la-sante-2013_health_glance-2013-fr)
* Finlande : 15,77% en 2014 [[17]](http://www.oecd.org/fr/sante/base-donnees-sante.htm)
* Suède : 16,97% en 2014 [[17]](http://www.oecd.org/fr/sante/base-donnees-sante.htm)
* Norvège : 16,5% en 2014 [[17]](http://www.oecd.org/fr/sante/base-donnees-sante.htm)

**Santé : un plan pour sortir de la course aux actes médicaux**

Le Premier ministre et la ministre de la Santé ouvrent ce mardi le chantier de la transformation de l'offre de soins. Les modes de rémunération devront se diversifier à l'hôpital et pour la médecine de ville.

Sortir le système de santé de l'ornière productiviste, en commençant par l'hôpital. C'est l'ambition du [plan de transformation de l'offre de soins](https://www.lesechos.fr/2017/10/hopital-le-gouvernement-promet-une-revolution-en-douceur-186125) que doivent présenter ce mardi le Premier ministre, Edouard Philippe, et la ministre de la Santé, Agnès Buzyn, depuis le centre hospitalier Simone Veil, à Eaubonne (Val-d'Oise). Il n'y aura à ce stade ni mesures concrètes ni financements supplémentaires, mais l'ouverture de chantiers auxquels participeront les acteurs de terrain. Le gouvernement a d'ailleurs convié les principaux syndicats de médecins et les fédérations hospitalières ce mardi.

**Des contrepoids au financement à l'activité**

Ce sera l'occasion de donner un début d'exécution à une promesse de campagne d'Emmanuel Macron : limiter la part de la tarification au volume d'actes (T2A) à seulement 50 % du budget de l'hôpital. Car [le mode de financement du système de soins](https://www.lesechos.fr/2017/12/les-hopitaux-pris-au-piege-de-la-tarification-a-lactivite-190204) pousse à multiplier les actes pour compenser les économies sur les tarifs.

Pour faire contrepoids, le gouvernement souhaite développer d'autres modes de financement. Les travaux pourront porter sur le paiement forfaitaire *(les dotations au titre des missions d'intérêt général ne représentent que 6 milliards d'euros sur les 80 milliards alloués aux hôpitaux)*, la rémunération sur objectifs de santé publique *(elle pourrait être versée non pas à un professionnel, mais à une équipe de soins)* et la capitation *(pour le suivi des malades chroniques)*. Par ailleurs, le gouvernement souhaite accélérer le raccourcissement des séjours hospitaliers en médecine, comme cela a été fait pour la chirurgie, ce qui passe par des tarifs plus élevés.

**Diversifier la rémunération en ville**

Mais la médecine de ville aussi devra poursuivre sa diversification. Le paiement à l'acte y représente encore près de 90 % de la rémunération totale des praticiens. Pour Claude Battistoni, président du syndicat de généralistes MG France, trois modes de financement mériteraient de prendre plus de place : le forfait structure, qui rémunère la modernisation du cabinet et l'organisation des soins ; le forfait patientèle médecin traitant ; et la rémunération d'équipe.

« On touche au maximum 1.300 euros de forfait structure, et 4.000 euros dans trois ans. Cela reste modeste par rapport aux revenus des médecins », souligne-t-il. Le deuxième forfait, 5 euros par an par patient, « pourrait doubler, voire plus, pour renforcer les missions de prévention ». Enfin, le travail d'équipe n'est pas rémunéré en tant que tel aujourd'hui, car on se contente d'appointer le système d'information et les efforts de coordination : MG France souhaite aller plus loin.

**Un cadre pour l'expérimentation**

Par ailleurs, l'hôpital comme la médecine de ville sont concernés par l'article 51 de la loi de financement de la Sécurité sociale pour 2018, qui autorise [des expérimentations à grande échelle](https://www.lesechos.fr/2017/06/un-nouveau-cadre-propose-pour-linnovation-en-sante-155228) en matière de parcours de soins : par exemple, un financement « à l'épisode de soins », forfait incluant la réhospitalisation pour complications éventuelles. Les professionnels de santé qui y participeront pourront être rémunérés via un fonds d'innovation organisationnelle pour échapper à la tarification à l'acte.

De nombreux projets sont déjà remontés auprès des agences régionales de santé ou des caisses d'assurance-maladie, en provenance des établissements publics, privés, et des libéraux. Mais il manque encore un cadre pour piloter les expérimentations, d'où la publication, attendue ce mardi du décret créant le comité stratégique prévu par la loi. Les projets seront examinés au filtre de leur efficacité médico-économique, avec à la clef des économies à court ou à long terme.

**Les cinq chantiers du plan de transformation**

- Une organisation territoriale des soins intégrée ville-hôpital (en s'appuyant sur les groupements hospitaliers de territoire, communautés professionnelles territoriales de santé, équipes primaires de soins pour développer les initiatives).- L'e-santé (télémédecine, dossier médical partagé).- La pertinence et la qualité des soins (organisations innovantes).- La diversification des modes de rémunération.- Les ressources humaines *(possibilité pour un médecin de partager son temps entre l'hôpital et la ville, réforme des études médicales, redonner du sens au travail en milieu hospitalier)*.

Solveig Godeluck, <https://www.lesechos.fr/2018/02/sante-un-plan-pour-sortir-de-la-course-aux-actes-medicaux-984246>, Par [Solveig Godeluck](https://www.lesechos.fr/%40solveig-godeluck) Publié le 12 févr. 2018

# La base de données publique Transparence - Santé

La base de données publique Transparence - Santé rend accessible l'ensemble des informations déclarées par les entreprises sur les liens d'intérêts qu'elles entretiennent avec les acteurs du secteur de la santé. Pilotée par le Ministère des Solidarités et de la Santé, cette initiative de transparence vise à préserver la nécessaire relation de confiance entre les citoyens, les usagers et les multiples acteurs du système de santé.



**Que contient la base de données publique Transparence - Santé ?**

La base de données publique « Transparence - Santé » précise, pour chaque type de lien d'intérêts, les informations suivantes :

* **Pour les conventions** : l'identité des parties concernées, la date de la convention, son objet précis, le montant et l'organisateur, le nom, la date et le lieu de la manifestation le cas échéant ;
* **Pour les avantages en nature et en espèce, directs ou indirects** : l'identité des parties concernées, le montant, la nature et la date de chaque avantage dès lors que le montant de chaque avantage est supérieur ou égal à 10 euros TTC.
* **Pour les rémunérations** : l'identité des parties, la date du versement, le montant dès lors qu'il est supérieur ou égal à 10 euros. Le cas échéant, le bénéficiaire final de la rémunération ou de l'avantage est renseigné par l'entreprise.

Les informations contenues dans la base de données publique Transparence - Santé sont issues de déclarations réalisées par les entreprises. Elles sont mises à jour sur le site deux fois par an et y restent accessibles pendant cinq ans. Les entreprises sont responsables de l'exactitude des contenus publiés.

<https://www.transparence.sante.gouv.fr/flow/main;jsessionid=0B015111E89CE5C571354181676C58D9?execution=e1s1>

**Évolution des taux de césarienne en France**

Résumé

La césarienne sur demande maternelle englobe une grande variété de situations qui ne se réduisent pas toutes à une pure convenance. Une mère exprimant une envie de césarienne peut réagir dans la continuité d’un traumatisme antérieur ou peut agir suite à une information biaisée. Le dialogue mère-soignant est primordial afin de comprendre la demande maternelle sous-jacente et pour y apporter la réponse la plus adaptée, qui n’est pas nécessairement une césarienne.

**Évolution des taux de césarienne**

* [En France](https://www.cesarine.org/avant/etat_des_lieux.php#1)
* [Comparaison avec d'autres pays](https://www.cesarine.org/avant/etat_des_lieux.php#2)
* [Qu'en disent les organismes internationaux ?](https://www.cesarine.org/avant/etat_des_lieux.php#3)
* [Quelques pistes de réflexion](https://www.cesarine.org/avant/etat_des_lieux.php#4)

**En France**

**L'évolution des taux depuis 35 ans**

Le taux de césarienne en France a beaucoup augmenté entre 1981 et 2003, ainsi que le montrent les enquêtes nationales périnatales réalisées en 1995[[1]](http://www.perinat-france.org/portail-professionnel/plansrapports/enquetes-perinatales/enquetes-nationales/enquete-nationale-perinatale-230-1623.html), 1998[[2]](http://www.perinat-france.org/portail-professionnel/plansrapports/enquetes-perinatales/enquetes-nationales/enquete-nationale-perinatale-230-412.html)[[3]](http://fulltext.bdsp.ehesp.fr/Ministere/Drees/EtudesResultats/2000/73/er073.pdf), 2003[[4]](http://www.drees.sante.gouv.fr/la-situation-perinatale-en-france-en-2003-premiers-resultats-de-l-enquete-nationale-perinatale%2C4509.html)[[5]](http://documentation.reseau-enfance.com/IMG/pdf/enqueteperinatale2003.pdf) .

Depuis 2003, la tendance est à la stabilisation, autour de 21%, comme le montre l'enquête nationale périnatale de 2010[[6]](http://www.sante.gouv.fr/IMG/pdf/Les_naissances_en_2010_et_leur_evolution_depuis_2003.pdf)) : *"le taux de césarienne (21,0 %) n’a pas augmenté de manière significative entre les deux enquêtes [de 2003 et 2010], que ce soit dans la population entière, comme dans des groupes particuliers, ce qui suggère une attitude générale de contrôle, pour limiter le nombre de césariennes."*. Toutefois, la prévalence de l'utérus cicatriciel augmente : 11% des parturientes (femmes [qui](http://www.linternaute.com/dictionnaire/fr/definition/qui/)[est](http://www.linternaute.com/dictionnaire/fr/definition/est/)[en train](http://www.linternaute.com/dictionnaire/fr/definition/en-train/)[d](http://www.linternaute.com/dictionnaire/fr/definition/d/)'[accouche](http://www.linternaute.com/dictionnaire/fr/definition/accoucher/)r) en 2010 sont des femmes ayant un utérus cicatriciel (contre 8% en 1995) et 19% des multipares en 2010 (contre 14% en 1995) induisant pour les femmes un nombre grandissant de grossesses comportant les risques associés au fait d’avoir un utérus cicatricel (augmentation du risque hémoragique, de placenta mal positionné; etc).

Depuis 2010, le pourcentage de césariennes par rapport à toutes les naissances est en légère baisse (20,8% en 2010 et 20,2% en 2014).

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Année** | **Pourcentage de césariennes (par rapport à toutes les naissances)** | **Pourcentage de césariennes (par rapport aux premières naissances)** |
| 1981 | 10,9% \* |  |
| 1995 | 15,9% \* | 18,0% \* |
| 1998 | 17,5% \* | 19,6% \* |
| 2003 | 19,6% \* | 23,5% \* |
| 2004 | 19,2% \*\* |  |
| 2005 | 19,6% \*\* |  |
| 2006 | 19,9% \*\* |  |
| 2007 | 20,3% \*\* |  |
| 2008 | 20,1% \*\* et 20,2% \*\*\* |  |
| 2009 | 20,2% \*\* et 20,3% \*\*\* |  |
| 2010 | 20,8% \* | 23,2% \* |
| 2011 | 20,5% \*\* | 20,6% \*\* |
| 2012 | 20,4% \*\* | 20,4% \*\*\* |
| 2013 | 20,3% \*\*\* |  |
| 2014 | 20,2% \*\* |  |

**Sources :**

* (notées \*) Enquêtes périnatales 1995[[1]](http://www.perinat-france.org/portail-professionnel/plansrapports/enquetes-perinatales/enquetes-nationales/enquete-nationale-perinatale-230-1623.html), 1998[[2]](http://www.perinat-france.org/portail-professionnel/plansrapports/enquetes-perinatales/enquetes-nationales/enquete-nationale-perinatale-230-412.html)[[3]](http://fulltext.bdsp.ehesp.fr/Ministere/Drees/EtudesResultats/2000/73/er073.pdf), 2003[[4]](http://www.drees.sante.gouv.fr/la-situation-perinatale-en-france-en-2003-premiers-resultats-de-l-enquete-nationale-perinatale%2C4509.html)[[5]](http://documentation.reseau-enfance.com/IMG/pdf/enqueteperinatale2003.pdf) et 2010[[6]](http://www.sante.gouv.fr/IMG/pdf/Les_naissances_en_2010_et_leur_evolution_depuis_2003.pdf) (tableaux 24 et 26).
* (notées \*\*) Depuis 2004, la [Statistique annuelle des établissements de santé (SAE)](http://www.sae-diffusion.sante.gouv.fr/) publie les nombres d'accouchements et de césariennes pour chaque établissement de santé. Consultation ardue : en particulier, les données se trouvent dans le bordereau Q16. D'autres données sont également disponibles par fiches [[7]](http://drees.social-sante.gouv.fr/IMG/pdf/fiche28-2.pdf)
* (notées \*\*\*) Depuis 1995, le [Programme de médicalisation des systèmes d'information (PMSI)](http://www.atih.sante.fr/statistiques-par-ghm-0) mesure l'activité des établissements, par type d'acte. La consultation en est très ardue : les accouchements par voie basse et césarienne se répartissent, suivant les années, sur 4 à plus de 30 GHM (consulter le CMD14).

**Pourcentage de césariennes en France par rapport à toutes les naissances**



**La répartition des césariennes**

D'après le PMSI[[8]](http://www.atih.sante.fr/statistiques-par-ghm-0), entre 2009 et 2013, la répartition entre les césariennes programmées et en urgence était la suivante :

* environ la moitié de césariennes en cours de travail
* un tiers de césariennes programmées
* le reste sont des césariennes en urgence, hors travail.

**Les conditions de pratique de la césarienne**

Une naissance sur 5, presque une naissance sur 4 pour les primipares[[9]](http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2012-07/donnees_epidemiologiques_generales_liees_a_la_grossesse.pdf), se fait par césarienne. […]

Depuis 2009, Césarine propose aux mères ayant accouché par césarienne de renseigner [un questionnaire en ligne](https://www.cesarine.org/quest/) sur les conditions qu'elles ont connues lors de la naissance de leur enfant. Les résultats sont consultables avec de nombreux critères de tri. Ils offrent des informations sur les conditions de césariennes dans les maternités françaises, belges, luxembourgeoises ou québecquoises.

**Les facteurs influençant la pratique de la césarienne**

Trois principaux facteurs viennent impacter directement le taux de césariennes :

* **Les caractéristiques des bébés** (prématurité, [macrosomie](https://www.cesarine.org/avant/macrosomie/)[[7]](#footnote-7)) et des mères[[11]](http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2012-03/indications_cesarienne_programme_-_argumentaire.pdf) (page 24) : antécédent de césarienne, augmentation de l'âge maternel, nombre de grossesses multiples plus élevé en raison des techniques de procréation médicalement assistée, augmentation de l’index de masse corporelle de la mère (IMC).
	+ l'antécédent de césarienne : « *Parmi les femmes ayant accouché en 2001 pour lesquelles un antécédent de césarienne(s) était signalé [...] 68,6% ont ainsi connu à nouveau [une césarienne]* ». Dans son tableau 26, [[6]](http://www.sante.gouv.fr/IMG/pdf/Les_naissances_en_2010_et_leur_evolution_depuis_2003.pdf) établit que le taux de césarienne pour les multipares[[8]](#footnote-8) avec antécédent de césarienne diminue légèrement entre 2003 (64,4%) et 2010 (64%). En 2010, parmi les femmes ayant un antécédent de césarienne, 51% ont eu une césarienne avant travail (c'est à dire programmée) et 49% ont tenté un AVAC (accouchement vaginal après césarienne) avec un taux de succès de 75%[[13]](http://www.cngof.asso.fr/D_TELE/RPC_uterus_cicatriciel_2012.pdf). En d'autres termes, parmi les femmes ayant un antécédent de césarienne, en 2010, 36% ont accouché par voie basse et 64% ont accouché par césarienne.

**Évolution du taux de césarienne suivant les antécédents-parité et antécédents de césariennes**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Antécédents** | **2003** | **2010** |
| Primipares | 23% | 23,2% |
| Multipares sans antécédent de césarienne | 8,8% | 8,3% |
| Multipares avec antécédent de césarienne | 64,4% | 64% |
| Ensemble des naissances (avec parité et antécédents de césarienne connus) | 20,2% | 20,8% |

* + L'influence de l'âge : « *Les taux de césariennes croissent directement avec l'âge : plus faibles pour les moins de vingt ans (12,3 % observés), ils atteignent 27,6 % pour les femmes de plus de quarante ans* ». [[12]](http://www.drees.sante.gouv.fr/la-pratique-des-cesariennes-evolution-et-variabilite-entre-1998-et-2001%2C4919.html)
	+ Les femmes sans facteur de risque : 6 à 7% des femmes ne présentant aucun facteur de risque identifié pour un accouchement par voie basse, et qui se présentent à terme pour un accouchement spontané, subiront une césarienne en cours de travail[[12]](http://www.drees.sante.gouv.fr/la-pratique-des-cesariennes-evolution-et-variabilite-entre-1998-et-2001%2C4919.html)(tableau 3, page 5).
* **Les caractéristiques des maternités :**
	+ la nature de l'établissement (privé/public) : […]. Selon la Fédération Hospitalière de France (FHF) : « *en 2007, les établissements privés à but lucratif proposaient en moyenne un taux de césariennes de 21,5%, alors que les établissements publics et/ou à but non lucratif proposaient en moyenne un taux de 19,6%. Depuis 2001, c’est dans le secteur maternités des cliniques privées que la hausse du taux de césariennes a été la plus forte : +2,6 % contre +2,0 % dans le secteur public et +1,9 % dans le secteur privé à but non lucratif* ». [[14]](http://www.fhf.fr/Actualites/Presse-Communication/Espace-presse/Communiques-de-presse/Etude-sur-les-cesariennes/)
	+ le niveau des établissements :« *La fréquence des césariennes est très différente d'un établissement à l'autre, avec des variations allant en 2001 de 3 % à plus de 53 % des accouchements.* » [[12]](http://www.drees.sante.gouv.fr/la-pratique-des-cesariennes-evolution-et-variabilite-entre-1998-et-2001%2C4919.html) (page 3).
	+ Les établissements de niveau 3[[9]](#footnote-9) réalisent en moyenne plus de césariennes car ils sont amenés à traiter davantage de situations à risque (19,5% pour les niveaux 3 en 2001 contre environ 18% pour les niveaux 1 et 2). Toutefois, « *en présence d'au moins un des facteurs de risque [antécédent de césarienne, détresse foetale, présentation anormale du foetus, dystocie[[10]](#footnote-10) due à une anomalie pelvienne, accouchement avant terme, diabète gestationnel, rupture prématurée des membranes, grossesse multiple, hypertension artérielle et transfert pour accouchement ], des écarts sensibles entre les taux de césariennes pratiquées dans les différents niveaux de maternités (10 points de plus en niveau 1 par rapport au niveau 3) [...]* ». Une explication proposée est que « *lorsqu'il existe un ou plusieurs risques, il est ainsi possible que les maternités ne disposant pas en permanence de toutes les ressources humaines et techniques nécessaires pour faire face à l'urgence pratiquent des césariennes dites « de sécurité »* » [[12]](http://www.drees.sante.gouv.fr/la-pratique-des-cesariennes-evolution-et-variabilite-entre-1998-et-2001%2C4919.html) (page 4).
	+ Ces explications sont également à mettre en rapport avec le fait que « *les accouchements ont lieu moins souvent dans des maternités de type 1 (...). On assiste donc (...) à une concentration des accouchements dans des maternités publiques, de type 2 ou 3, et de taille de plus en plus grande*  » [[6]](http://www.sante.gouv.fr/IMG/pdf/Les_naissances_en_2010_et_leur_evolution_depuis_2003.pdf) (page 29).
	+ la variabilité inter-régionale : Certaines régions (Paris, Sud-est) sont autour de 23%, d'autres (Centre, Basse et Haute-Normandie) sont plus proches de 18% [[6]](http://www.sante.gouv.fr/IMG/pdf/Les_naissances_en_2010_et_leur_evolution_depuis_2003.pdf) (tableau 50)
* **Les pratiques médicales :**

L’amélioration des pratiques obstétricales et anesthésistes a permis une intervention plus sûre et donc un recours plus récurrent à la césarienne. Néanmoins, on constate une hétérogénéité dans la pratique médicale conduisant le CNGOF ou la HAS à produire des recommandations [[13]](http://www.cngof.asso.fr/D_TELE/RPC_uterus_cicatriciel_2012.pdf) ou des indications [[11]](http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2012-03/indications_cesarienne_programme_-_argumentaire.pdf) et [[15]](http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2012-03/reco2clics_indications-cesarienne.pdf).

* + L'hétérogénité des pratiques médicales : La FHF alerte sur « *une absence totale d'évaluation des pratiques professionnelles, chacun décidant en fonction de son " expérience " ou " impression personnelle"*  » [[14]](http://www.fhf.fr/Actualites/Presse-Communication/Espace-presse/Communiques-de-presse/Etude-sur-les-cesariennes/) avec pour conséquence une forte hétérogénéité dans la pratique médicale. Les recommandations professionnelles ont une valeur indicative, certes, mais elles laissent « *une large place à l’appréciation médicale pour juger des risques encourus dans le contexte précis de chaque accouchement* »[[11]](http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2012-03/indications_cesarienne_programme_-_argumentaire.pdf) (page 31).
	+ Les préoccupations relatives à la responsabilité pour faute médicale : la césarienne est parfois considérée comme une couverture en cas de poursuites éventuelles à l’encontre du médecin. La Haute Autorité de Santé indique : « *les pratiques professionnelles du personnel hospitalier pourraient aussi influencer le recours à une césarienne. (...) L’évolution des pratiques médicales fondée sur le principe de précaution pourrait contribuer à l’augmentation des césariennes avec demande de la part des professionnels en raison de la crainte d’un potentiel accru de recours juridiques à l’issue d’un accouchement présentant un petit risque (gros enfant, bassin un peu étroit, enfant prématuré, jumeaux) mais qui pourrait être jugé difficile (…). Il n’existe pas cependant, à ce jour, de donnée permettant de juger l’importance de ce fait, non quantifiable (ex. : nombre de procédures) ».*[*[11]*](http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2012-03/indications_cesarienne_programme_-_argumentaire.pdf)
	+ La commodité de la programmation (pour les médecins, comme pour les mères) : la césarienne est devenue un facteur d’organisation des naissances (optimisation des compétences et des moyens matériels). La HAS évoque : «*l’existence de césariennes programmées par les professionnels pour des raisons organisationnelles et d’offre de soins sur le territoire, mais il n’a pas été identifié de données pouvant apporter des informations complémentaires sur ce point* ».[[11]](http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2012-03/indications_cesarienne_programme_-_argumentaire.pdf)
	+ L’aspect économique : La FHF met en exergue la pratique abusive des césariennes, accentuée par la tarification à l’acte, notamment par certains établissements privés. Ce mode de naissance implique l’intervention -et la rémunération- de toute une équipe de professionnels de santé durant l’intervention et en post-natal, nécessite l’usage de quantités plus importantes d’anesthésiques, de produits pharmaceutiques et de médicaments que pour une naissance par voie basse et induit plusieurs jours d’hospitalisation pour la mère et son bébé. La hausse du nombre de césariennes à plus de 20 % des 800 000 naissances annuelles en fait donc un véritable pan de l’économie de la naissance en France.
	+ La généralisation de certains actes médicaux : Certains actes médicaux dont la pratique en France s’est généralisée depuis les années 1980 peuvent avoir des conséquences telles que la césarienne devient indispensable : déclenchement, péridurale, décubitus dorsal, rupture artificielle de la poche des eaux, etc. Ainsi, aujourd'hui un accouchement qui dépasse 12 heures est source de stress alors que jusqu’au début des années 1980, on considérait comme normal qu'il s'écoule 24 heures entre les premières contractions et la naissance du bébé (selon Michel Odent).

**Comparaison avec d'autres pays**

**Dans le monde**

Depuis 2005, l'Organisation Mondiale de la Santé publie annuellement des [Statistiques sanitaires mondiales](http://www.who.int/gho/publications/fr/) dans lesquelles est mis en avant l'évolution du taux de césarienne dans le monde. Sa base de données [[16]](http://apps.who.int/gho/data/node.main.HE-1571?lang=en) (en anglais) établit des liens entre la naissance par césarienne et trois critères que sont le lieu de vie, le niveau d'éducation et le niveau de richesse.

D'un pays à l'autre, les taux de césariennes varient considérablement. Citons simplement :

**Des pays à "faible" taux :**

* Islande : 15,31% en 2014 [[17]](http://www.oecd.org/fr/sante/base-donnees-sante.htm) (taux le plus faible de l'OCDE)
* Pays-Bas : 15,6% en 2010 [[18]](http://www.oecd-ilibrary.org/fr/social-issues-migration-health/panorama-de-la-sante-2013_health_glance-2013-fr)
* Finlande : 15,77% en 2014 [[17]](http://www.oecd.org/fr/sante/base-donnees-sante.htm)
* Suède : 16,97% en 2014 [[17]](http://www.oecd.org/fr/sante/base-donnees-sante.htm)
* Norvège : 16,5% en 2014 [[17]](http://www.oecd.org/fr/sante/base-donnees-sante.htm)

**Des pays à fort taux :**

* Mexique : 46% en 2014 [[19]](http://data.unicef.org/maternal-health/delivery-care.html)
* Colombie : 46% en 2013 [[19]](http://data.unicef.org/maternal-health/delivery-care.html)
* Chili : 47,06% en 2013 [[17]](http://www.oecd.org/fr/sante/base-donnees-sante.htm)
* Turquie : 51,13% en 2014 [[17]](http://www.oecd.org/fr/sante/base-donnees-sante.htm)
* Egypte : 52% en 2014 [[19]](http://data.unicef.org/maternal-health/delivery-care.html)
* Chine : 54,9% en 2011 [[20]](http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4269966)(47% en zone urbaine, 33% en zone rurale)
* Brésil : 56% en 2012 [[19]](http://data.unicef.org/maternal-health/delivery-care.html) ([source](http://www.paho.org/english/sha/prflbra.htm) - principalement dû aux taux de césariennes de convenance dans les cliniques privées, parfois proche de 80%)
* République Dominicaine : 58% en 2014 [[19]](http://data.unicef.org/maternal-health/delivery-care.html)

**En Europe**

Les taux de césariennes des pays européens sont les suivants (source OCDE[[17]](http://www.oecd.org/fr/sante/base-donnees-sante.htm), sauf indication contraire) :

**Taux de césariennes des pays européens**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Pays** | **Taux** | **Année** |  |
| France | 20,8% | 2013 |  |
| Albanie | 19,8% | 2009 | [[19]](http://data.unicef.org/maternal-health/delivery-care.html) |
| Allemagne | 30,8% | 2014 |  |
| Autriche | 29% | 2014 |  |
| Belgique | 20,7% | 2013 |  |
| Bulgarie | 36% | 2013 | [[19]](http://data.unicef.org/maternal-health/delivery-care.html) |
| Croatie | 20% | 2014 | [[19]](http://data.unicef.org/maternal-health/delivery-care.html) |
| Danemark | 21,5% | 2014 |  |
| Espagne | 25% | 2014 | Variations importantes entre Hôpitaux publics et privés  |
| Estonie | 19,98% | 2014 |  |
| Finlande | 15,77% | 2014 |  |
| Hongrie | 35,67 | 2014 |  |
| Irlande | 29,12% | 2014 |  |
| Islande | 15,3% | 2014 |  |
| Italie | 35,7% | 2014 |  |
| Luxembourg | 28,83% | 2014 |  |
| Montenegro | 20% | 2013 | [[19]](http://data.unicef.org/maternal-health/delivery-care.html) |
| Norvège | 16,5 | 2014 |  |
| Pays-Bas | 15,6% | 2010 | [AAD](https://www.cesarine.org/references/glossaire/#A) très commun. Taux différents entre AAD et hôpitaux. |
| Pologne | 35,65% | 2014 |  |
| Portugal | 32,95 | 2014 |  |
| République slovaque | 30,7% | 2013 |  |
| République tchèque | 25,44% | 2014 |  |
| Roumanie | 19% | 2004 | [[19]](http://data.unicef.org/maternal-health/delivery-care.html) |
| Royaume-Uni | 25% | 2014 |  |
| Serbie | 29% | 2014 | [[19]](http://data.unicef.org/maternal-health/delivery-care.html) |
| Slovénie | 20,16% | 2013 |  |
| Suède | 16,97% | 2014 |  |
| Suisse | 32,5% | 2008 | Le taux dépasse les 40% dans les hôpitaux privés  |



|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **<15%** | **15%-20%** | **20-25%** | **25-30%** | **>30%** |

**Qu'en disent les organismes internationaux ?**

L'OCDE, dans son "Panorama de la santé 2013" [[18]](http://www.oecd-ilibrary.org/fr/social-issues-migration-health/panorama-de-la-sante-2013_health_glance-2013-fr)  rapporte:

**Page 98**

Si l'accouchement par césarienne est évidemment nécessaire dans certaines circonstances, ses avantages par rapport à l'accouchement vaginal pour un accouchement normal sans complications continuent de faire débat. Dans des pays comme le Canada, les associations professionnelles d'obstétriciens et de gynécologues encouragent désormais l'accouchement normal sans intervention telle que la césarienne (Society of Obstetricians et Gynaecologists of Canada et al. 2008).

L'OMS propose d'utiliser le taux de césariennes comme l'un des indicateurs de surveillance des services obstétricaux[[21]](http://www.who.int/making_pregnancy_safer/documents/9280631985/fr/index.html) :

**5.2.5 Césariennes en proportion du total des naissances attendues**

À cause du risque que représente un recours abusif à la césarienne, cet indicateur est assorti à la fois d'un niveau minimum et d'un niveau maximum acceptables. Si le niveau minimum n'est pas atteint, c'est-à-dire si moins de 5 % des accouchements sont faits par césarienne, on pourra en conclure que les femmes qui auraient besoin d'une césarienne ne bénéficient pas de cette intervention. La priorité sera alors d'améliorer l'offre et l'exécution des césariennes faites à bon escient.

Si le niveau maximum de césariennes est dépassé, c'est-à-dire si plus de 15 % des accouchements se font par césarienne, on pourra en conclure que certaines césariennes sont faites inutilement. Il faudra alors encourager une surveillance au niveau local et dans les services pour empêcher l'exécution de césariennes inutiles.

Si les résultats obtenus pour cet indicateur se situent dans les limites acceptables, c'est-à-dire entre 5 et 15 % du total des naissances attendues, on pourra en conclure qu'il est possible que la plupart des femmes qui ont besoin d'une césarienne en bénéficient. Comme on l'a vu dans les chapitres précédents, cet indicateur ne permet pas de savoir si les césariennes pratiquées le sont à bon escient. Aussi, une surveillance continue est importante pour que les femmes qui ont besoin de césariennes en bénéficient sans délai et réduire le nombre des césariennes inutiles.

Par ailleurs, l’étude rétrospective de Ye et al[[22]](http://www.pubfacts.com/detail/24720614/Searching-for-the-optimal-rate-of-medically-necessary-cesarean-delivery.) démontre qu’après ajustement avec les facteurs socio-économiques, le taux de césarienne de 15% préconisé par l'OMS est approprié : au-delà de 10-15% de césariennes, le taux de mortalité maternelle ne baisse plus, au-delà de 10% de taux de césarienne, APRES ajustement avec les facteurs socio-économiques, le taux de mortalité néonatale et le taux de mortalité infantile ne baissent plus.

Ainsi, selon le rapport européen sur la santé périnatale de 2010[[23]](http://www.europeristat.com/images/doc/Peristat%202013%20V2.pdf) et [le dossier de presse d'Euro-Peristat et de l'Inserm](http://www.europeristat.com/images/EURO-PERISTAT_Communiqu%C3%A9%20France-1.pdf), le ratio de mortalité maternelle calculé à partir des statistiques de routine sur les causes de décès pour la période 2006-2010 est de 8,4 pour 100 000 naissances en France (autour de 8 pour 100 000 naissances en Belgique). Le taux de mortalité maternelle en France se stabilise. En parallèle, le rapport[[23]](http://www.europeristat.com/images/doc/Peristat%202013%20V2.pdf) montre que le taux de mortalité néonatale (décès dans les 27 premiers jours après la naissance) est de 2,3 pour 1 000 naissances vivantes en France, la Belgique présente un taux allant de 2,1 à 2,7 pour 1000 naissances selon les régions alors que les taux varient de 1,2 à 5,5 en Europe (à noter qu'il existe des manquements et des disparités dans les traitements statistiques de chaque pays).

Notons que la Finlande a un taux de césarienne de 15,8% (2013, [[24]](http://www.oecd-ilibrary.org/fr/social-issues-migration-health/panorama-de-la-sante_19991320)) et son taux de mortalité maternelle est estimé autour de 3,4 pour 100 000 naissances[[25]](http://www.oecd.org/fr/sante/base-donnees-sante.htm). En Suède, le taux de césarienne est estimé à 16,4% (2013, [[24]](http://www.oecd-ilibrary.org/fr/social-issues-migration-health/panorama-de-la-sante_19991320)), et le taux de mortalité maternelle est situé autour de 3,5 pour 100 000 naissances (2012, [[26]](http://www.oecd.org/fr/sante/statistiques-sante-2014-donnees-frequemment-demandees.htm)). En outre, ces deux pays présentent des taux de mortalité néonatale respectivement de 1,1 et 1,7 pour 1 000 naissances (2013, [[27]](http://stats.oecd.org/index.aspx?DataSetCode=HEALTH_STAT&lang=fr)).

Bien que la césarienne soit aujourd’hui un mode de naissance très répandu, accoucher de cette manière n’est pas anodin. Cette intervention n’a pas uniquement pour conséquence la naissance d’un enfant mais a également une influence sur l’avenir obstétrical de la femme et sur ses grossesses et accouchements suivants.

<https://www.cesarine.org/avant/etat_des_lieux.php>

# La césarienne sur demande maternelle

Une future maman peut-elle demander une césarienne sans raison médicale ? Et surtout... est-ce aussi fréquent que l'on veut bien le laisser entendre ?

Contrairement aux autres pages de ce site, vous ne trouverez pas ici de conseils pratiques, mais une reflexion sur le sujet de la césarienne dite "de convenance".

## Définition(s) de la césarienne sur demande maternelle

### Que recouvre la notion de "demande maternelle" ?

En première approche, on pourrait définir la césarienne sur demande maternelle comme étant "une césarienne non motivée par des raisons obstétriques".

Cette définition paraît simple, mais recouvre un ensemble de réalités, toutes différentes. Autant l'exemple de Victoria Beckham, l'ancienne Spice Girl qui a demandé des césariennes pour les naissances de ses enfants, paraît clairement relever de cette définition, autant on peut se demander si les cas suivants relèvent, ou non, de la césarienne sur demande maternelle :

* Une mère ayant subi un traumatisme, tel qu'un viol ou des attouchements, pourrait ne pas être en état de vivre un accouchement par voie basse. La cause psychologique est-elle une indication médicale de césarienne ?
* Une mère ayant vécu un accouchement lourd en séquelles (par exemple déchirure ayant mis très longtemps à cicatriser), pourra souhaiter éviter de revivre cela pour son accouchement suivant. Est-on dans l'indication de césarienne ?
* Une mère dont l'enfant se présente par le siège, pour qui tous les paramètres obstétriques autorisent la tentative de voie basse s'il y a accord de la mère, mais qui choisit tout de même une naissance par césarienne, rentre-t-elle dans le cadre de la "demande maternelle" ?
* Une mère ayant subi une première césarienne, dont le dossier obstétrical lui permettrait de tenter un AVAC, mais suivie par un praticien préférant la pratique de la césarienne itérative, a-t-elle effectivement "demandé" cette césarienne ?

**Est-ce fréquent ?**

Dans la mesure où la définition même de la césarienne de convenance recouvre des réalités bien plus complexes qu'il n'y paraît, la vraie césarienne de convenance, celle qui correspond effectivement à une demande forte de la mère, est difficile à évaluer.

Par exemple, aux Etats-Unis, une [conférence d'état de l'art sur la césarienne sur demande maternelle](http://consensus.nih.gov/2006/cesarean.htm) indique que "on estime qu'approximativement 4 à 18% des césariennes sont sur demande maternelle" (ce qui correspond à environ 1% à 4,5% des naissances) et ajoute que "la validité de ces estimations est discutable" - en effet la plupart des hôpitaux n'enregistrent pas la notion de "demande maternelle" dans leurs dossiers.

A l'inverse, pour l'étude [Listening to Mothers](http://www.childbirthconnection.org/article.asp?ck=10372) [[2]](http://www.childbirthconnection.org/article.asp?ck=10372), qui a interrogé en 1574 mères en 2006, une seule mère a effectivement déclaré avoir demandé une césarienne... soit 0,06% de toutes les naissances. On est donc loin de l'image d'Epinal qui veut que l'augmentation du taux de césariennes soit due à une augmentation de la demande maternelle.

**Quelles sont les raisons invoquées par les mères ?**

Les raisons suivantes sont fréquemment citées par des futures mamans s'interrogeant sur la possibilité de demander une césarienne :

* La peur d'accoucher, souvent induite par des récits catastrophiques d'accouchements par voie basse, dont nous avons tous au moins un exemple en tête ;
* Le désir de protéger son enfant d'un forceps ou d'une voie basse difficile ;
* L'illusion du "risque zéro" : l'image de la césarienne est en effet celle d'une intervention techniquement maîtrisée et sans aucun risque ni pour la mère ni pour l'enfant, à la différence de l'accouchement par voie basse, soumis à l'aléatoire ;
* La facilité : l'intervention est planifiée, ce qui permet de s'organiser (garde des aînés par exemple).

On le voit, les demandes de césariennes provenant des futures mamans sont la plupart du temps sans aucun lien médical : les femmes sont portées par leurs convictions, leurs craintes, leur environnement social, culturel, psychologique, par l'effet de "ras-le-bol" de fin de grossesse... Il semble rare de rencontrer une mère souhaitant une césarienne de convenance après avoir étudié "froidement" les risques et bénéfices des deux modes d'accouchement.

**La demande maternelle est-elle influencée ?**

Il n'est pas que de l'intérêt de la mère de demander une césarienne. Il peut en effet être de l'intérêt (financier ou organisationnel) du médecin d'inciter ses patientes à la césarienne, en orientant la manière dont il lui propose cette option.

On peut là encore citer les exemples de la césarienne pour siège ou de l'accouchement par voie basse après une césarienne, pour lesquels, bien souvent, les mères entendent un discours catastrophiste destiné à justifier une césarienne "à froid", au lieu d'une information équitable. Ces mères sont donc en toute bonne foi conduites à demander une césarienne, présentée comme le meilleur (voire le seul) choix possible pour leur enfant.

L'étude [Listening to Mothers](http://www.childbirthconnection.org/article.asp?ck=10372) [[2]](http://www.childbirthconnection.org/article.asp?ck=10372) s'est explicitement intéressée à cette question, et "9% des mères ont répondu avoir ressenti une pression de leur praticien pour qu'elles acceptent une césarienne".

Les préférences personnelles de l'obstétricien peuvent aussi entrer en ligne de compte : [[3]](http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/9175681) montre que "17% des femmes obstétriciennes à Londres avec une grossesse simple choisiraient une césarienne de convenance pour elles-mêmes" (ce chiffre n'est pas une généralité, une étude belge [[4]](http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/14597245) ne donne qu'un chiffre de 2%, une étude australienne [[5]](http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/11592537) 11%). Si ces personnes font ce choix pour elles-mêmes, on peut imaginer qu'elles auront tendance à inciter leurs patientes à en faire de même : c'est ce que semble suggérer [[6]](http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/11435001) "Il y a une association significative entre les préférences personnelles d'un obstétricien vers la césarienne, et le fait qu'il travaille dans un hôpital avec un taux de césariennes supérieur à 16%".

**Aspects médicaux**

Nous ne prétendons pas ici apporter une information exhaustive sur l'ensemble des risques et des bénéfices liés à la voie basse ou à la césarienne. Il nous paraît difficile d'établir une telle comparaison, dans la mesure où il faudrait disposer d'études comparant une voie basse "présumée simple", à une césarienne "sans raison médicale" - or à ce jour, la plupart des césariennes étant pratiquées pour raison médicale, il est difficile de faire le tri entre les effets négatifs liés à la pathologie sous-jacente, ou à la pratique de la césarienne elle-même.

De manière générale, il est reconnu qu'à court terme, la césarienne comporte plus de risques qu'une voie basse "simple". En effet, il s'agit bien d'une intervention chirurgicale, avec, comme toute intervention chirurgicale, un certain nombre de complications possibles. A contrario, l'accouchement par voie basse est un processus physiologique pour lequel le corps de la femme est - a priori - équipé. Sur le long terme, ce débat se complique, car il faut comparer des choses incomparables : comment comparer par exemple un risque de prolapsus[[11]](#footnote-11) à un risque de rupture utérine ?

Faute de pouvoir établir une comparaison détaillée, contentons-nous de revenir sur quelques mythes à propos de la césarienne :

*"Une césarienne est plus rapide qu'un accouchement"*

Vrai si l'on s'arrête à l'acte lui-même, mais faux si l'on intègre à cela le temps passé allongée avec une perfusion et une sonde urinaire.

*"Avec une césarienne, je n'aurai pas mal"*

Certes, avec une césarienne, on ne passe pas plusieurs heures à subir des contractions. Mais à l'inverse, après une césarienne, le ventre aura été ouvert puis suturé : des difficultés pour se lever et marcher peuvent apparaître pendant quelques jours. Même si le traitement de la douleur en post-opératoire s'améliore constamment, les suites d'une césarienne peuvent être douloureuses.

*"La césarienne est sans risque pour la mère"*

La césarienne est une intervention chirurgicale, de mieux en mieux maîtrisée, mais qui comporte les mêmes risques que toute intervention. Citons par exemple le risque de phlébite (risque prévenu par des injections dans les jours suivant l'opération), le risque d'infection de la cicatrice, ou encore le risque d'infection urinaire dû à la sonde. A plus long terme, la césarienne augmente les [risques sur les grossesses suivantes](https://www.cesarine.org/avenir/consequences/#1): le risque de rupture utérine bien entendu, mais aussi le risque de mauvaise insertion du placenta.

*"La césarienne est sans risque pour l'enfant"*

Il arrive parfois que l'enfant soit blessé lors de la césarienne, par un coup de bistouri un peu trop appuyé. Par ailleurs, même si les données manquent, on commence à penser que la voie de naissance a un effet sur la santé future de l'enfant, notamment concernant [l'asthme et les allergies](https://www.cesarine.org/avenir/consequences/#2).

*"L'accouchement par voie basse fait souffrir l'enfant, la césarienne lui évite ce traumatisme"*

Les études récentes tendraient à prouver qu'au contraire, le mécanisme de l'accouchement "prépare" le bébé à sa vie extra-utérine. Ceci est notamment visible au travers des statistiques sur la détresse respiratoire du nouveau-né, nettement plus fréquente en cas de césarienne sans travail ou si l'on est loin du terme. Vous trouverez plus d'informations sur la page [votre bébé](https://www.cesarine.org/apres/bebe/) de ce site. Notons également que certains [ostéopathes](http://www.osteopathie-france.net/Therapeutique/enfant-naissance.htm) pensent que l'absence de modelage des os du crâne peut être source de difficulté pour l'enfant.

*"Grâce à une césarienne, la mère n'est pas déformée"*

La césarienne permet d'éviter les déchirures graves du périnée, puisque ce dernier n'est pas sollicité par le passage du bébé. Mais en réalité, ce sont seulement 0,4% des accouchements qui auront cette conséquence - et il est probable que la vraie prévention de la déchirure du périnée consisterait à ne pas faire pousser la mère dans une position anti-physiologique.
Par ailleurs, des séances de rééducation du périnée sont proposées aux mères afin de re-tonifier leur périnée, et, parfois, le simple fait d'avoir porté un bébé pendant 9 mois rend cette rééducation nécessaire.

## Aspects éthiques

**Aspects éthiques pour le médecin**

En France, tout patient responsable peut refuser un traitement, mais la question se pose de savoir s'il peut en exiger un. Un médecin peut légitimement s'interroger sur le fait d'accepter de pratiquer une opération chirurgicale lorsque celle-ci n'est pas nécessaire, sachant que l'opération est porteuse d'un certain nombre de risques.

Il serait alors tentant pour le médecin d'essayer de convaincre la mère de renoncer à sa demande de césarienne, par un argumentaire sur les risques et les bénéfices de chacun des modes d'accouchement, mais en réalité, la demande d'une césarienne ne se base que très rarement sur des arguments chiffrables. Puisqu'il s'agit le plus souvent de l'expression d'un certain nombre de croyances et de peurs, il serait souhaitable que les médecins puissent prendre le temps de l'écoute et de l'explication, afin de comprendre les angoisses de la mère, et de lui permettre de les résoudre.

On sort là du cadre de la médecine mécanique "symptôme donc prescription de soin", pour revenir vers la notion d'accompagnement humain. Ce dialogue entre le médecin et la future maman est fondamental, et, plus il sera entamé tôt pendant la grossesse (pourquoi pas lors de la visite du 4eme mois), plus il aura de chances de porter ses fruits.

Notons que le système français actuel, dans lequel bien souvent les futures mamans sont suivies d'abord par leur gynécologue de ville, puis à l'hôpital par différents intervenants, dans le cadre de consultations courtes car trop nombreuses, rend l'établissement de ce dialogue bien difficile.

Après dialogue, et après information éclairée des risques et des avantages des deux modes de naissance, il se peut que la mère confirme son choix de césarienne. Certains médecins accepteront alors d'accéder à cette demande, d'autres, pour des raisons professionnelles ou déontologiques, ne le souhaiteront pas. Il leur est alors possible d'orienter cette mère chez un confrère.

Notons finalement que l'aspect "risques / bénéfices" de la césarienne ne fait pas l'unanimité chez les gynécologues français, voir par exemple les articles suivants :

* [L’élévation du taux de césariennes : un progrès nécessaire de l’obstétrique moderne](http://www.em-consulte.com/article/114995/l-elevation-du-taux-de-cesariennes-un-progres-nece) par le Pr Rozenberg, justifiant l'acceptation de la césarienne sur demande maternelle par une étude des risques liés à la voie basse.
* La [réponse à cet article](http://www.em-consulte.com/article/115095/a-propos-de-l-article%20-%20l-elevation-du-taux-de-ces), par R.C. Rudigoz.

**Aspects éthiques pour l'enfant à naître**

Une césarienne sur demande maternelle aura lieu le plus souvent en l'absence de tout travail, et sera programmée à l'avance. On peut alors s'interroger sur le fait d'imposer une date de sortie à son enfant, au lieu de le laisser terminer sa croissance à son rythme, ou de le priver des mécanismes qui le préparent à sa vie extra-utérine.

**Aspects éthiques pour la mère**

La césarienne sur demande maternelle s'inscrit dans une logique de reprise de pouvoir de la femme sur son corps : après le combat pour le droit à la contraception, le combat pour le droit à l'avortement, la revendication du droit à ne pas allaiter, les femmes souhaitent désormais pouvoir choisir leur mode d'accouchement.

Cela peut aussi s'inscrire dans la logique du "rester belle, rester jeune" véhiculée par les médias : l'idée que le corps puisse être déformé par l'âge est désormais intolérable, l'idée qu'il puisse être déformé par la maternité le devient de plus en plus.

Le droit de chaque femme à disposer librement de son corps doit être respecté. Pour autant, on peut s'interroger sur la pertinence des représentations de la maternité et du corps féminin dans notre société, si ces représentations sont de nature à conduire une femme à demander une opération chirurgicale pour remplacer cet acte spécifiquement féminin qu'est l'accouchement.

**Aspects éthiques pour la société**

Notre société a de plus en plus tendance à tout considérer sous l'angle du "bien de consommation". Dans la mesure où tout se choisit, tout s'achète, la santé tend à rentrer dans ce schéma de pensée... alors, dans ces conditions, pourquoi ne pas avoir le droit de choisir la "marque" d'accouchement que l'on préfère ?

Ce serait oublier que la santé n'est pas qu'un simple bien de consommation. Une naissance par césarienne a pour la société un coût plus élevé qu'une naissance par voie basse (rémunération de l'acte, hospitalisation plus longue, nécessité de plus de soins). La société serait donc en droit de s'interroger sur "qui doit payer pour une césarienne de convenance ?". Une analogie peut être faite avec la chirurgie esthétique, remboursée uniquement lorsqu'il y a indication médicale. Mais, là encore, étant donné la diversité des situations menant à une demande maternelle de césarienne, il sera difficile d'apporter une réponse claire à cette question.

**La césarienne de convenance, une fausse réponse à un vrai problème ?**

Il est légitime que chaque mère souhaite avoir un enfant en bonne santé, sans que cela soit vécu par elle comme une souffrance, et sans subir de séquelles.

Mais, la chirurgie ne devrait pas être perçue comme la seule réponse possible à ce souhait.

En tant que future maman, une réponse possible serait de réfléchir à son accouchement, à ce que l'on souhaite, ce que l'on ne souhaite pas, afin de trouver d'autres réponses qui permettraient de rendre son accouchement "recevable". Par exemple, "je ne souhaite pas souffrir pendant mon accouchement" peut trouver une réponse dans le fait de sélectionner une maternité dans laquelle la péridurale peut être posée à tout moment, ou dans le fait de pouvoir vivre le travail de manière plus libre (mobilité, baignoire,...), ou dans le fait d'être accompagnée (conjoint, doula,...), plus que dans le fait de remplacer les heures de travail par une opération.

En tant que médecin, une réponse possible serait de diminuer les gestes nocifs pour la mère (décubitus dorsal, expression abdominale, épisiotomie), afin d'améliorer le vécu des mères et de réduire les séquelles de l'accouchement.

En tant que société, la tendance actuelle est de considérer l'accouchement comme un simple acte médical, au détriment des notions d'aventure humaine ou d'accueil de l'enfant. Dans ces conditions, en effet, pourquoi ne pas choisir un acte médical plutôt qu'un autre ? Les évolutions actuelles font que les mères sont plus isolées qu'auparavant par rapport à leurs familles, elles n'ont donc plus accès aux transmissions de mère à mère, de femme à femme. L'accouchement n'est plus qu'un "passage obligé", par ailleurs considéré comme "évènement à haut risque". Il nous semble qu'une réponse plus judicieuse consisterait à re-valoriser l'aspect humain de l'accouchement, et à repenser la grossesse et l'accouchement sous l'angle d'un processus a priori physiologique, pour lequel les femmes sont a priori faites.

<https://www.cesarine.org/avant/programmee/convenance/>

# La césarienne sur demande maternelle: quelle est la vraie demande de la mère ? (pdf)

Résumé

La césarienne sur demande maternelle englobe une grande variété de situations qui ne se réduisent pas toutes à une pure convenance. Une mère exprimant une envie de césarienne peut réagir dans la continuité d’un traumatisme antérieur ou peut agir suite à une information biaisée. Le dialogue mère-soignant est primordial afin de comprendre la demande maternelle sous-jacente et pour y apporter la réponse la plus adaptée, qui n’est pas nécessairement une césarienne.

S. Heimann, La césarienne sur demande maternelle: quelle est la vraie demande de la mère ?, Revue Française de Médecine Périnatale, 2010, 2:8-11

[https://link.springer.com/article/10.1007%2Fs12611-009-0050-3](https://link.springer.com/article/10.1007/s12611-009-0050-3)

1. Ou de façon équivalente sur la pathologie qui le caractérise. [↑](#footnote-ref-1)
2. [McGuire [2000] pour une synthèse de la littérature sur…](https://www.cairn.info/revue-economique-2002-3-page-581.htm#no3) [↑](#footnote-ref-2)
3. La macrosomie fœtale désigne la condition d'un [bébé](http://www.futura-sciences.com/sante/actualites/bebe-analyser-pleurs-bebe-determiner-son-etat-sante-47769/) qui, lors de l'[accouchement](http://www.futura-sciences.com/sante/dossiers/medecine-preparation-accouchement-1291/), pèse plus de 4 [kg](http://www.futura-sciences.com/sciences/definitions/physique-kilogramme-354/). [↑](#footnote-ref-3)
4. une femme qui a accouché plusieurs fois [↑](#footnote-ref-4)
5. les établissements de niveau 3 disposent d'un service de réanimation néonatale et sont spécialisés dans le suivi des grossesses pathologiques (hypertension pendant la grossesse, diabète gestationnel) ou multiples, celles dont on sait, dès la conception, qu'elles présentent un risque pour l'enfant à naître. [↑](#footnote-ref-5)
6. Un accouchement difficile (ou dystocie) est un accouchement qui ne se déroule pas normalement. [↑](#footnote-ref-6)
7. La macrosomie fœtale désigne la condition d'un [bébé](http://www.futura-sciences.com/sante/actualites/bebe-analyser-pleurs-bebe-determiner-son-etat-sante-47769/) qui, lors de l'[accouchement](http://www.futura-sciences.com/sante/dossiers/medecine-preparation-accouchement-1291/), pèse plus de 4 [kg](http://www.futura-sciences.com/sciences/definitions/physique-kilogramme-354/). [↑](#footnote-ref-7)
8. une femme qui a accouché plusieurs fois [↑](#footnote-ref-8)
9. les établissements de niveau 3 disposent d'un service de réanimation néonatale et sont spécialisés dans le suivi des grossesses pathologiques (hypertension pendant la grossesse, diabète gestationnel) ou multiples, celles dont on sait, dès la conception, qu'elles présentent un risque pour l'enfant à naître. [↑](#footnote-ref-9)
10. Un accouchement difficile (ou dystocie) est un accouchement qui ne se déroule pas normalement. [↑](#footnote-ref-10)
11. Prolapsus [désigne](http://www.linternaute.com/dictionnaire/fr/definition/designer/) une [descente](http://www.linternaute.com/dictionnaire/fr/definition/descente/)[d](http://www.linternaute.com/dictionnaire/fr/definition/d/)'[organe](http://www.linternaute.com/dictionnaire/fr/definition/organe/)[en dehors](http://www.linternaute.com/dictionnaire/fr/definition/en-dehors/)[ou](http://www.linternaute.com/dictionnaire/fr/definition/ou/)[en](http://www.linternaute.com/dictionnaire/fr/definition/en/)[avant de](http://www.linternaute.com/dictionnaire/fr/definition/avant-de/)[son](http://www.linternaute.com/dictionnaire/fr/definition/son/)[emplacement](http://www.linternaute.com/dictionnaire/fr/definition/emplacement/). [On](http://www.linternaute.com/dictionnaire/fr/definition/on/)[parle](http://www.linternaute.com/dictionnaire/fr/definition/parler/)[le](http://www.linternaute.com/dictionnaire/fr/definition/le/)[plus](http://www.linternaute.com/dictionnaire/fr/definition/plus/)[souvent](http://www.linternaute.com/dictionnaire/fr/definition/souvent/)[de](http://www.linternaute.com/dictionnaire/fr/definition/de-1/)[prolapsus génital](http://www.linternaute.com/dictionnaire/fr/definition/prolapsus-genital/), [c'est-à-dire](http://www.linternaute.com/dictionnaire/fr/definition/c-est-a-dire/)[la](http://www.linternaute.com/dictionnaire/fr/definition/la-1/)[chute](http://www.linternaute.com/dictionnaire/fr/definition/chute/)[anormale](http://www.linternaute.com/dictionnaire/fr/definition/anormal/)[d'un](http://www.linternaute.com/dictionnaire/fr/definition/d-un/)[organe](http://www.linternaute.com/dictionnaire/fr/definition/organe/)[du](http://www.linternaute.com/dictionnaire/fr/definition/du-1/)[pelvis](http://www.linternaute.com/dictionnaire/fr/definition/pelvis/)[de](http://www.linternaute.com/dictionnaire/fr/definition/de-1/)[la](http://www.linternaute.com/dictionnaire/fr/definition/la-1/)[femme](http://www.linternaute.com/dictionnaire/fr/definition/femme/).

. [↑](#footnote-ref-11)