

La sécurité de la femme lors de l'accouchement peut être évaluée par l'observation des cas potentiellement évitables de déchirures du périnée survenant lors d'un accouchement par voie basse. Les déchirures qui s'étendent aux muscles du périnée et à la paroi intestinale nécessitent une intervention chirurgicale. Parmi les complications possibles figurent les douleurs périnéales persistantes et l'incontinence. Il est impossible de prévenir totalement ces déchirures, mais on peut les atténuer moyennant une gestion appropriée du travail et des soins obstétricaux de qualité.

La proportion d'accouchements s'accompagnant de déchirures sérieuses est considérée comme étant un indicateur de la qualité de ces soins.

Les services d'obstétrique ne déclarent cependant pas toujours ces événements de la même manière, ce qui peut rendre difficiles les comparaisons internationales.

D'autres facteurs, dont le taux national général de naissances par césarienne, les accouchements assistés par voie basse (c'est-à-dire à l'aide de forceps ou d'une ventouse) et l'épisiotomie (une incision chirurgicale du périnée destinée à élargir l'orifice vaginal pour l'accouchement), peuvent influencer sur les taux de traumatisme obstétrical ; ces facteurs continuent d'être étudiés. Par exemple, l'Organisation mondiale de la santé (OMS, 2018^[1]) ne recommande pas la pratique systématique ou courante de l'épisiotomie en cas d'accouchement spontané par voie basse, mais le recours sélectif à l'épisiotomie pour réduire les déchirures graves du périnée pendant l'accouchement fait toujours débat.

Le Graphique 6.7 illustre les taux de traumatisme obstétrical consécutif à un accouchement par voie basse avec extraction instrumentale (c'est-à-dire un accouchement avec extraction par forceps ou ventouse), et le Graphique 6.8 les taux de traumatisme obstétrical consécutif à un accouchement par voie basse sans extraction instrumentale. Comme le risque de déchirure du périnée augmente sensiblement avec l'utilisation d'instruments obstétricaux, les taux relatifs à cette population de patientes sont présentés séparément.

On observe une forte variation des taux de traumatisme obstétrical d'un pays à l'autre. Ainsi, les taux déclarés de traumatisme obstétrical consécutif à un accouchement par voie basse avec extraction instrumentale varient de moins de 2 % en Pologne, en Israël, en Italie, en Slovénie et en Lituanie à plus de 10 % au Danemark, en Suède, aux États-Unis et au Canada. Les taux de traumatisme obstétrical consécutif à un accouchement par voie basse sans extraction instrumentale varient de moins de 0.5 % des accouchements en Pologne, en Lituanie, au Portugal, en Lettonie et en Israël à plus de 2.5 % au Danemark, au Royaume-Uni et au Canada.

Bien que le taux moyen de traumatisme obstétrical consécutif à un accouchement par voie basse avec extraction instrumentale (5.5 % des accouchements par voie basse avec assistance instrumentale) dans les pays de l'OCDE en 2017 représente près de quatre fois le taux de traumatisme obstétrical consécutif à un accouchement par voie basse sans extraction instrumentale (1.4 % des accouchements par voie basse sans assistance instrumentale), il semble y avoir une relation entre les deux indicateurs, Israël, la Lituanie, le Portugal et la Pologne faisant état des taux les plus faibles, et le Canada, le Danemark et la Nouvelle-Zélande des taux les plus élevés pour l'un comme pour l'autre.

Les taux des deux indicateurs font apparaître des améliorations perceptibles au Danemark et en Norvège entre 2012 et 2017, mais les taux généraux de traumatisme obstétrical ne marquent aucune évolution manifeste au cours de ces cinq années. La moyenne de l'OCDE est demeurée relativement stable pour les accouchements par voie basse à la fois avec et sans extraction instrumentale. Les taux dans certains pays, dont l'Estonie, l'Italie et la Slovénie, semblent s'être détériorés.

Au Canada, peu de mesures ont été prises pour remédier au taux élevé de traumatisme obstétrical déclaré. Une initiative a été lancée par l'Institut canadien pour la sécurité des patients, la *Ressource d'amélioration pour les préjudices à l'hôpital : Traumatisme obstétrical*, afin de compléter l'indicateur des traumatismes obstétricaux mis au point par l'Institut canadien d'information sur la santé. Elle fait le lien entre l'évaluation et l'amélioration des pratiques en fournissant des informations fondées sur des données probantes qui viennent soutenir les actions menées en vue d'améliorer la sécurité des patients au sein du système de santé.

Définition et comparabilité

Les deux indicateurs de traumatisme obstétrical sont définis comme la proportion d'accouchements par voie basse avec/sans assistance instrumentale assortis d'un code de traumatisme obstétrical du 3^e ou du 4^e degré (codes CIM-10 : O70.2 ou O70.3) quel que soit le champ du diagnostic et de la procédure.

Plusieurs différences en termes de communication des données des pays peuvent influencer sur les taux calculés pour les indicateurs relatifs à la sécurité des patientes. Il s'agit essentiellement de différences concernant les pratiques de codage et les sources de données. Les taux de traumatisme obstétrical reposent pour certains pays sur les données administratives des hôpitaux, pour d'autres sur les registres obstétricaux.

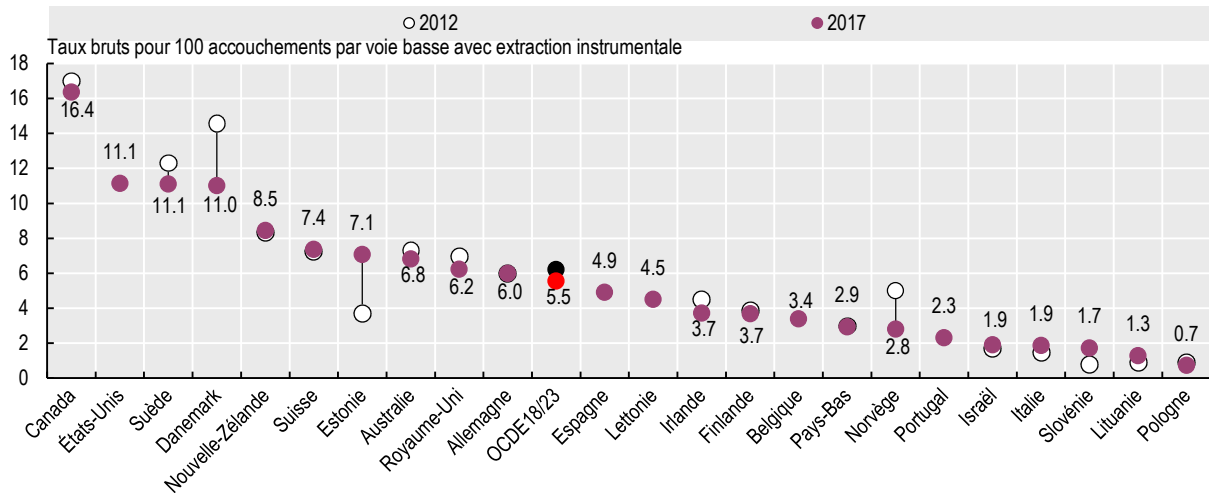
Les taux de traumatisme obstétrical consécutif à un accouchement avec assistance instrumentale au fil des ans doivent être interprétés avec prudence, sachant que le nombre très faible de cas de traumatisme observé dans certains pays peut varier de manière significative d'une année à l'autre.

Les données pour 2012 ne sont pas disponibles pour la Lettonie et ne sont pas présentées pour la Belgique, le Portugal, l'Espagne et les États-Unis en raison d'une rupture dans la série. Les taux pour le Danemark, les Pays-Bas et la Norvège se fondent sur des données tirées des registres.

Références

- [2] Institut canadien d'information sur la santé (2018), *Ressource d'amélioration pour les préjudices à l'hôpital : Traumatisme obstétrical*.
- [1] OMS (2018), *Recommandation de l'OMS sur l'épisiotomie*.

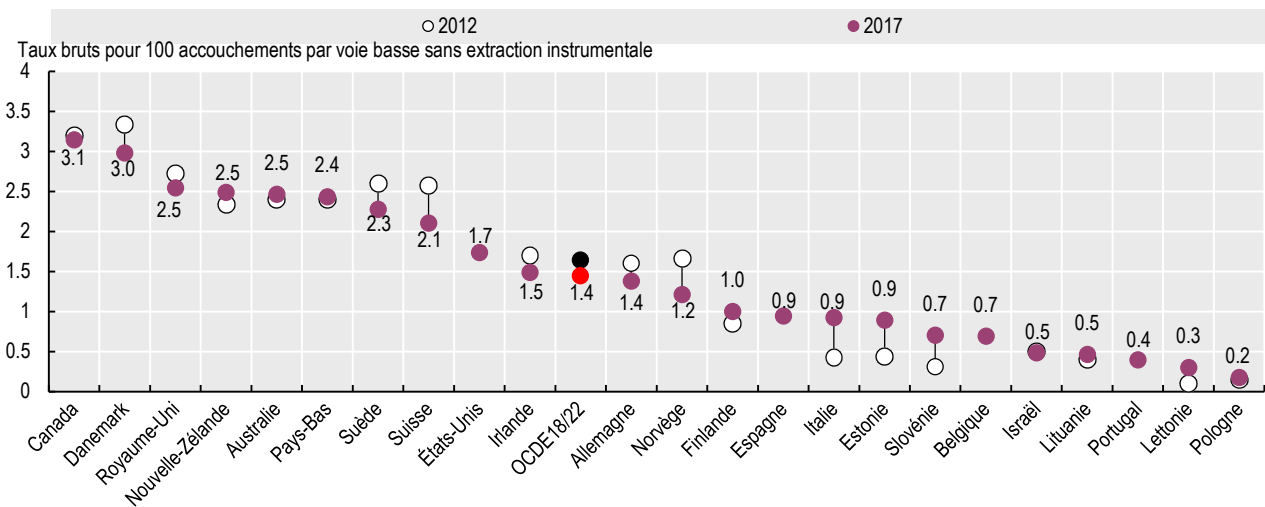
Graphique 6.7. **Traumatisme obstétrical, accouchement par voie basse avec extraction instrumentale, 2012 et 2017 (ou année la plus proche)**



Source : Statistiques de l'OCDE sur la santé 2019.

StatLink <https://doi.org/10.1787/888934068629>

Graphique 6.8. **Traumatisme obstétrical, accouchement par voie basse sans extraction instrumentale, 2007 et 2017 (ou année la plus proche)**



Source : Statistiques de l'OCDE sur la santé 2019.

StatLink <https://doi.org/10.1787/888934068648>



Extrait de :
Health at a Glance 2019
OECD Indicators

Accéder à cette publication :
<https://doi.org/10.1787/4dd50c09-en>

Merci de citer ce chapitre comme suit :

OCDE (2019), « Sécurité des soins intensifs – les traumatismes obstétricaux », dans *Health at a Glance 2019 : OECD Indicators*, Éditions OCDE, Paris.

DOI: <https://doi.org/10.1787/5e7dd59a-fr>

Cet ouvrage est publié sous la responsabilité du Secrétaire général de l'OCDE. Les opinions et les arguments exprimés ici ne reflètent pas nécessairement les vues officielles des pays membres de l'OCDE.

Ce document, ainsi que les données et cartes qu'il peut comprendre, sont sans préjudice du statut de tout territoire, de la souveraineté s'exerçant sur ce dernier, du tracé des frontières et limites internationales, et du nom de tout territoire, ville ou région. Des extraits de publications sont susceptibles de faire l'objet d'avertissements supplémentaires, qui sont inclus dans la version complète de la publication, disponible sous le lien fourni à cet effet.

L'utilisation de ce contenu, qu'il soit numérique ou imprimé, est régie par les conditions d'utilisation suivantes :
<http://www.oecd.org/fr/conditionsdutilisation>.