

GUIDE DE PRATIQUE **N°14** CLINIQUE



ACCOUCHEMENT VAGINAL APRÈS CÉSARIENNE TRANSVERSALE BASSE (2021)



Association of
Ontario **Midwives**
Delivering what matters.

AUTEURS (2021)

Faduma Gure, MSc
Tasha MacDonald, RM, MHSc
Alexa Minichiello, MSc

CONTRIBUTEURS (2021)

Comité du Guide de pratique clinique

Isomi Henry, RM
Lucie Mayrand, Sage-femme
Laura Olech, RM
Maryam Rahimi-Chatrri, RM
Naomi Scott, RM
Margo Seymour, MA
Dana Wilson-Li, RM

Personnel de l'AOM

Natalie Hope, MPH

Comité de la qualité, de l'assurance et de la gestion des risques

'Remi Ejiwunmi, RM

REMERCIEMENTS (2021)

Kaia Sloley, BA
Anna Meuser, RM, MPH

AUTEURS (2010)

Suzannah Bennett, MHSc
Kirsty Bourret, RM, MHSc
Anna Meuser, MPH

CONTRIBUTEURS (2010)

Groupe de travail du GPC sur l'AVAC Comité du Guide de pratique clinique

Elizabeth Darling, RM, MSc, PhD(c), Chair
Cherylee Bourgeois, RM
Manavi Handa, RM
Corinne Hare, RM
Jenni Huntly, RM
Devi Krieger, RM
Paula Salehi, RM
Lynlee Spencer, RM
Chris Sternberg, RM
Vicki Van Wagner, RM, PhD(c)
Lisa M. Weston, RM
Rhea Wilson, RM

Comité IRMP

'Remi Ejiwunmi, RM, Chair
Kim Cloutier-Holtz, RM

Abigail Corbin, RM
Elana Johnston, RM

Personnel de l'AOM

Cindy Hutchinson, MSc
Tasha MacDonald, RM, MHSc
Bobbi Soderstrom, RM

REMERCIEMENTS (2010)

Lyndsey McRae, BA
Ryerson University (Midwifery Education Program)

L'Association des sages-femmes de l'Ontario (AOM) souligne avec respect le soutien financier du ministère de la Santé et des Soins de longue durée pour l'élaboration de ce guide.

Les opinions exprimées dans ce guide sont strictement celles de l'Association des sages-femmes de l'Ontario. Aucun appui officiel du ministère de la Santé et des Soins de longue durée n'est visé ou ne doit être inféré.

Le présent document peut être cité de la manière suivante : Association des sages-femmes de l'Ontario. Accouchement vaginal après césarienne du segment inférieur (2011). 2021; (Guide de pratique clinique n° 14).

LAOM s'engage, par l'entremise de sa déclaration sur l'inclusion des genres et les droits de la personne, à refléter et à inclure les communautés trans, de genre queer et intersexuées dans tous les aspects de son travail.

Dans le présent document se trouvent des références à des sources qui utilisent un langage genré pour désigner des populations de personnes enceintes et donnant naissance. Pour représenter ces sources de manière précise, l'AOM pourrait avoir conservé ce langage genré.

L'AOM appuie la recherche et le transfert des connaissances qui mobilisent et reflètent toute la population en âge de procréer.

Ce guide a été approuvé par le conseil d'administration de l'AOM : 21 septembre 2011

Une version mise à jour de ce guide a été approuvée par le conseil d'administration de l'AOM : 31 mars 2021

Le présent document remplace le Guide de pratique clinique n° 14 de l'AOM : Accouchement vaginal après césarienne du segment inférieur. 2011.

À PROPOS DE CE GUIDE

Ce guide présente des informations qui sont cohérentes avec les meilleures données probantes disponibles à la date de la publication et sont sujettes à changement. Les informations contenues dans ce guide ne visent pas à dicter les mesures à prendre, mais plutôt à éclairer la prise de décisions cliniques. Les normes locales peuvent entraîner des divergences entre les pratiques et les suggestions présentées dans ce guide. Si des groupes de pratique mettent au point des protocoles qui ne suivent pas ceux d'un guide, il est recommandé de documenter la raison du changement.

Les sages-femmes reconnaissent que les attentes, les préférences et les intérêts de la clientèle sont des composantes essentielles de la prise de décisions cliniques. La clientèle peut choisir une démarche qui diffère des recommandations du présent guide dans le contexte des choix informés. Lorsque la clientèle choisit une démarche différente de celle d'un guide de pratique clinique ou du protocole d'un groupe de pratique, cette information doit être clairement consignée dans son dossier.

Note sur le langage utilisé dans le présent GPC: AVAC planifié ou planification d'un AVAC

Dans le cadre de la mise à jour du GPC, nous avons soigneusement considéré le langage utilisé pour décrire les choix de la clientèle concernant le mode d'accouchement après au moins une césarienne. Lorsqu'ils déterminent les interventions de santé, les fournisseurs de soins de santé doivent examiner attentivement le langage utilisé dans les discussions, puisqu'il peut influencer la perception négative ou positive de la clientèle par rapport à l'intervention. Dans les situations où la clientèle a vécu des expériences d'accouchement négatives et qu'elle souhaite avoir une meilleure expérience lors la grossesse suivante, l'utilisation d'un langage positif et favorable peut réduire la peur des parents donnant naissance et augmenter leur confiance envers l'accouchement naturel(1). De plus, le fait de présenter une intervention de façon positive peut améliorer la perception de son efficacité(2).

L'expression « essai de travail après une césarienne » (ETAC) est largement utilisée dans la documentation pour désigner une tentative d'accouchement vaginal après césarienne (AVAC). Bien qu'elle soit exacte, cette expression exprime l'idée qu'il est possible de tenter un accouchement vaginal après une césarienne, mais que cette tentative peut ne pas fonctionner. Les données disponibles montrent que la confiance de la clientèle en sa capacité à accoucher par voie vaginale peut augmenter ses chances d'avoir un AVAC(1)

CONSIDÉRATIONS POUR LA PRATIQUE QUÉBÉCOISE

Ce GPC a été entériné par le Conseil d'administration de l'Ordre des sages-femmes du Québec le 13 juillet 2021.

Il remplace aussi la *Ligne directrice AVAC OSFQ 2011*.

Avec la permission de l'AOM, certaines mentions ont été ajoutées pour s'adapter à la pratique québécoise. Ces dernières sont clairement identifiables par ce symbole ➔ dans le document.



ABRÉVIATIONS

ACI	Accouchement par césarienne itérative
AI	Auscultation intermittente
AVAC	Accouchement vaginal après césarienne
CSI	Césarienne du segment inférieur
CST	Césarienne du segment transversal
DPA	Date prévue de l'accouchement
HPP	Hémorragie post-partum
IC	Intervalle de confiance
IMC	Indice de masse corporelle (kg/m ²)
MÉF	Monitoring électronique fœtal
RCA	Rapport de cotes ajusté
RC	Rapport de cotes
RR	Risque relatif
SIU	Segment inférieur utérin

ISBN 978-2-923760-11-7

Énoncé de l'objectif

Ce document a pour but de fournir un guide de pratique clinique (GPC) fondé sur des données probantes qui est cohérent avec la philosophie et le modèle de soins de la profession de sage-femme. Les sages-femmes sont encouragées à utiliser ce GPC à titre d'outil dans leur prise de décisions cliniques. Ce GPC est indépendant des *normes professionnelles* de l'Ordre des sages-femmes de l'Ontario et ne vise pas à les remplacer.¹

Objectif

L'objectif de ce GPC est de fournir un examen critique de la documentation de recherche sur l'accouchement vaginal après césarienne (AVAC) planifié, plus précisément sur les grossesses sans complications avec une césarienne du segment inférieur (ou inférieur transversal) (CSI) antérieure. Le guide présentera les données probantes concernant les sujets suivants :

- Comparaison des résultats de l'AVAC planifié et de l'accouchement par césarienne itérative (ACI)
- Facteurs prédictifs de la réussite d'un AVAC et d'une rupture utérine
- Gestion du travail durant un AVAC planifié
- Choix du lieu de naissance durant un AVAC planifié
- Soins post-partum

Résultats d'intérêt

Les résultats suivants ont été évalués comme étant critiques ou importants dans la prise de décisions et sont traités dans le présent guide :

Critiques :

- Mortalité (parent donnant naissance et nouveau-né)
- Rupture utérine
- Taux d'accouchement vaginal
- Taux de césarienne (le cas échéant)

Importants :

- Accouchement vaginal instrumental/assisté
- Infections perinatales/post-partum
- Infections/sepsies néonatales
- Hémorragie post-partum

- Hystérectomie
- Transfusion sanguine
- Endométriose
- Test d'Apgar < 7 à cinq minutes
- Utilisation d'ocytocine

Méthodes

Ce guide de pratique clinique utilise la méthode GRADE (*Grading of Recommendations, Assessment, Development and Evaluation*) pour l'élaboration des lignes directrices. Le processus GRADE détermine la certitude des données probantes (dans quelle mesure nous devrions être certains des résultats) ainsi que la fermeté de la recommandation. Dans ce GPC, la certitude des données probantes est classée de très faible à élevée en fonction des cinq domaines de la méthode GRADE, soit le risque de biais, l'hétérogénéité, le caractère indirect, l'imprécision et les biais de publication. Les préoccupations méthodologiques concernant les études incluses, la variabilité au sein des résultats, l'applicabilité des données probantes à notre contexte, la précision des résultats et l'exhaustivité des données probantes sont considérées comme faisant partie de ces domaines. L'opinion du comité du GPC concernant la certitude des données probantes reflète la confiance du groupe de travail par rapport au fait que les données probantes disponibles reflètent adéquatement l'effet réel d'une intervention et qu'elles sont suffisantes pour appuyer la prise de décisions.

Les résultats dont le niveau de certitude des données probantes est faible sont décrits avec des termes comme « pourraient », les résultats avec un niveau de certitude des données probantes modéré sont décrits avec des termes comme « probablement » ou « sûrement », et les résultats avec un niveau de certitude des données probantes élevé sont décrits sans utiliser ces mots.

Lorsque des données probantes tirées d'essais cliniques randomisés (ECR) étaient disponibles, elles ont été évaluées à l'aide de la méthode GRADE. Dans les cas où ce type de données n'était pas disponible, les études d'observation ont été évaluées à l'aide de la méthode GRADE.

➔1 Ce GPC est indépendant des *Normes professionnelles* de l'Ordre des sages-femmes du Québec et ne vise pas à les remplacer.

CERTITUDE DES DONNÉES PROBANTES	Dans quelle mesure nous devons être certains de l'estimation d'un effet ou d'une association.
Élevée	Il est très peu probable que des recherches plus poussées modifient la confiance en l'estimation de l'effet. Ces données probantes offrent une très bonne base pour la prise de décisions.
Modérée	Il est probable que des recherches plus poussées aient une incidence importante sur la confiance en l'estimation de l'effet et elles pourraient modifier l'estimation. Ces données probantes offrent une bonne base pour la prise de décisions.
Faible	Il est très probable que des recherches plus poussées aient une incidence importante sur la confiance en l'estimation de l'effet et il est probable qu'elles modifient l'estimation. Ces données probantes offrent une certaine base pour la prise de décisions.
Très faible	Toute estimation de l'effet est très incertaine. Ces données probantes n'offrent pas vraiment de base pour la prise de décisions.

Basé sur : (3–5)

Les recommandations présentes dans ce GPC sont basées sur des évaluations officielles de la certitude des données probantes et sont décrites comme étant fermes ou faibles en fonction de la méthode GRADE. La fermeté des recommandations reflète la mesure dans laquelle le comité du GPC est convaincu que les avantages d'une intervention recommandée l'emportent sur ses effets négatifs ou inversement. La fermeté des recommandations est influencée par la certitude des données probantes à l'appui, par l'équilibre entre les effets désirables et indésirables et par la variabilité ou l'incertitude perçue dans les valeurs et les préférences de la clientèle à l'égard de l'intervention(3–7). C'est pour ces raisons que les recommandations faibles présentes dans ce GPC utilisent la terminologie « pourrait » et que les recommandations fermes utilisent la terminologie « devrait » ou « doivent ».

Les énoncés de bonnes pratiques de ce GPC représentent des lignes directrices que le comité du GPC estime importantes, mais ne conviennent pas à des évaluations officielles de la certitude des données probantes. Les énoncés de bonnes pratiques sont produits lorsque le comité du GPC est convaincu que l'action a un avantage net pour la clientèle et qu'il n'existe aucune autre solution de rechange raisonnable(8).

Les tableaux de données probantes GRADE complets utilisés pour résumer la recherche et éclairer les recommandations de ce guide sont disponibles sur le site Web de l'AOM. Une description complète de l'approche de l'AOM pour l'élaboration d'un guide de pratique clinique à l'aide de la méthode GRADE se trouve également sur le [site Web de l'AOM](#).

Types d'énoncés présents dans le GPC

- **Recommandations :** Des énoncés d'action au sujet de l'intervention fondés sur la certitude des données probantes, les considérations d'ordre clinique, les préférences et les valeurs.
- **Énoncés de bonnes pratiques :** Des énoncés selon lesquels les avantages nets de l'intervention sont importants et sans équivoque et que le comité du GPC a jugés comme étant utiles pour offrir des lignes directrices aux cliniciens dans ce domaine. Les données probantes pour les énoncés de bonnes pratiques sont généralement difficiles à recueillir et à résumer, et par conséquent, aucune évaluation officielle des données probantes n'est effectuée.

FERMETÉ DE LA RECOMMANDATION	La mesure dans laquelle le comité du GPC est convaincu que les avantages d'une intervention recommandée l'emportent sur ses effets négatifs (ou inversement).
Ferme	Les avantages l'emportent nettement sur les risques et les contraintes (ou inversement). <i>Peut être interprétée de la façon suivante :</i> • Cette intervention devrait être offerte à la plupart de la clientèle, en supposant qu'elle a été bien informée à son sujet et qu'elle comprend ses avantages, ses désavantages et ses contraintes. • La plupart de la clientèle voudrait suivre la démarche recommandée et seulement une petite proportion ne voudrait pas.
Faible	Les avantages, les risques et les contraintes sont très équilibrés. <i>Peut être interprétée de la façon suivante :</i> • La majorité de la clientèle voudrait suivre la démarche recommandée, mais une proportion importante ne voudrait pas. • Les valeurs et les préférences varient grandement.

Basé sur : (3–6)

Recherche documentaire

Une recherche dans les bases de données Medline et CINAHL et dans la bibliothèque Cochrane de 1994 à 2010 a été effectuée à l'aide des mots-clés suivants : accouchement vaginal après césarienne, AVAC, rupture utérine et césarienne antérieure (recherche originale avec mots en anglais). Des termes de recherche supplémentaires ont été utilisés pour obtenir plus d'informations sur des sujets précis qui étaient associés à l'AVAC. Des études plus anciennes ont été consultées dans les cas de statistiques couramment citées ou lorsqu'elles avaient une incidence importante sur la pratique clinique.

En 2019, cette recherche a été effectuée à nouveau dans Medline, CINAHL et Cochrane pour les années 2010 à 2019. Les listes de référence des revues systématiques et des documents clés ont également été examinées. Lors de la synthèse des données probantes, on a accordé la priorité aux revues systématiques et si aucune revue systématique n'était trouvée, les essais cliniques randomisés et les études d'observation étaient utilisés.

Mise à jour du GPC

En 2021, ce GPC a été mis à jour pour inclure la documentation plus récente publiée de 2011 à 2019. À la suite d'une consultation avec le comité du GPC de l'AOM et d'un examen préliminaire des recherches émergentes, toutes les sections de ce guide ont été sélectionnées pour faire l'objet d'une mise à jour. Des changements ont été apportés à l'édition actuelle du guide afin de refléter ces nouvelles recherches.

Les recommandations et les énoncés de bonnes pratiques du GPC seront maintenant accompagnés de l'une des mentions suivantes : [nouveau 2021], [2021] ou [2011]. Les mentions apparaîtront à la fin des recommandations et des énoncés de bonnes pratiques. Consultez le tableau ci-dessous (Légende des mentions de mise à jour partielle pour les recommandations et les énoncés de bonnes pratiques) pour obtenir davantage d'information sur ces mentions.

Le tableau 1 de l'annexe présente une liste détaillée des recommandations, des bonnes pratiques et des énoncés sommaires mis à jour (c.-à-d. énoncés [nouveau 2021]) dans le présent guide ainsi qu'une explication de ces modifications.

LÉGENDE DES MENTIONS DE MISE À JOUR PARTIELLE POUR LES RECOMMANDATIONS ET LES ÉNONCÉS DE BONNES PRATIQUES

Mention pour la recommandation ou l'énoncé de bonne pratique	Signification de la mention
[nouveau 2021]	Nouvelle recommandation ou nouvel énoncé de bonne pratique en 2021 : - Indique que la recommandation ou l'énoncé de bonne pratique est nouveau depuis 2021 : les nouvelles données probantes ont provoqué un changement ou l'ajout d'une recommandation ou d'un énoncé de bonne pratique. - L'annexe contient une explication de ce changement.
[2021]	Réitération de la recommandation ou de l'énoncé de bonne pratique en 2021 : - Indique que la recommandation ou l'énoncé sommaire est cohérent avec les nouvelles données probantes de 2021. Les nouvelles données probantes n'ont entraîné aucun changement dans l'énoncé original. - De petits changements pourraient avoir été apportés à la formulation de l'énoncé, mais ceux-ci n'ont pas d'incidence sur sa signification.
[2011]	Recommandation inchangée depuis 2011 : - Indique que la recommandation n'a pas été mise à jour depuis 2011. Les nouvelles données probantes n'ont pas été étudiées. - De petits changements pourraient avoir été apportés à la formulation de l'énoncé, mais ceux-ci n'ont pas d'incidence sur sa signification.

Révision

Le GPC a été révisé à l'aide d'une version modifiée de l'instrument AGREE(9) et de l'approche fondée sur les valeurs de l'AOM envers l'élaboration du GPC(10),

ainsi qu'avec le consensus du comité du GPC, du comité de la qualité, de l'assurance et de la gestion des risques et du conseil d'administration.

INTRODUCTION

De la fin des années 1980 au milieu des années 1990, le taux d'accouchement vaginal après césarienne (AVAC) a connu une augmentation en Amérique du Nord. Cette dernière s'est produite en réponse aux préoccupations publiques et professionnelles concernant l'augmentation des taux de césarienne et l'augmentation des données probantes indiquant qu'en l'absence de contre-indications, l'AVAC est un choix sécuritaire(11). Cependant, depuis le milieu des années 1990, le taux d'AVAC a fortement diminué au Canada. Cette diminution a eu lieu malgré les recherches de grande qualité les plus récentes, qui se reflètent dans les lignes directrices professionnelles et qui présentent l'AVAC comme une option sécuritaire et appropriée pour la plupart des personnes enceintes qui ont déjà eu une césarienne(12–15).

Le présent GPC fournit un résumé de la recherche sur les risques et les avantages de l'AVAC et de l'ACI dans le but d'aider les sages-femmes à avoir des discussions permettant de faire des choix informés sur le sujet avec la clientèle qui

a déjà eu une ou plusieurs césariennes du segment inférieur. Ces informations, ainsi que les circonstances cliniques, les valeurs et la tolérance au risque particulières à la clientèle, auront une influence sur la prise de décisions concernant la méthode et le lieu de naissance pour la grossesse en cours. La croyance forte de la profession dans la promotion d'un accouchement physiologique avec un minimum d'intervention et l'engagement de la communauté canadienne de l'obstétrique envers le soutien à l'accouchement en tant que processus naturel influencent le rôle de la sage-femme dans la mise en valeur d'un choix éclairé concernant l'AVAC et l'ACI(16,17). La responsabilité professionnelle de la sage-femme pour recommander l'AVAC en tant qu'option s'inscrit dans le contexte plus large de la hausse des taux de césarienne qui normalise l'intervention technologique et ébranle la confiance en l'accouchement vaginal.

Le fait d'aider la clientèle à faire des choix informés dans ce contexte et à discuter des risques sans susciter la crainte

nécessite un haut niveau de compétence et beaucoup de temps de la part des sages-femmes. Il est particulièrement difficile de quantifier, de peser et de communiquer les risques durant la période périnatale étant donné les normes culturelles dominantes qui renforcent l'aversion au risque et les conceptualisations de la grossesse et de l'accouchement comme des processus problématiques en soi qui nécessitent des interventions médicales préventives(18,19). L'Association canadienne des sages-femmes (ACSF) offre une description pertinente de la façon dont les sages-femmes peuvent le mieux soutenir leur clientèle, soit par la confiance et en «soutenant sa capacité à se faire confiance et à faire confiance

à son corps et au processus de l'accouchement(20) » [traduction libre]. Malgré l'engagement fondamental des sages-femmes envers l'accouchement physiologique, il est important de reconnaître que dans certaines situations, l'AVAC est contre-indiqué et que l'ACI devrait être recommandé.

Le présent GPC soutient l'AVAC à titre de choix sécuritaire pour la majorité de la clientèle qui a déjà eu une césarienne et reconnaît qu'il y a de plus en plus de données probantes démontrant que plusieurs césariennes peuvent potentiellement être nuisibles à long terme.

Conseil sur la mise en œuvre

Les équipes de sages-femmes pourraient vouloir créer un protocole écrit particulier au groupe qui documente les recommandations du GPC adoptées et la façon de les mettre en pratique, y compris ce qui pourrait faire partie d'une discussion permettant à chaque personne de faire des choix informés. Il est recommandé que les sages-femmes indiquent clairement qu'une discussion permettant de faire des choix informés a eu lieu. Si l'équipe dispose d'un protocole écrit sur les sujets de discussion à aborder avec chaque personne, ce protocole doit être respecté. Tout écart ou ajout à cette discussion doit également être consigné dans le dossier de la personne donnant naissance. Si aucun protocole n'est en place concernant les informations fournies, la documentation dans le dossier de la personne doit donner des détails à propos de cette discussion. La discussion et la documentation doivent comprendre une évaluation des risques spécifique à la personne donnant naissance fondée sur l'historique de ses grossesses et de ses accouchements précédents ainsi que des évaluations de la grossesse actuelle. Si la sage-femme effectue des recommandations de suivi ou d'intervention que la personne refuse, la sage-femme doit indiquer que ses recommandations ont été refusées.

Incidence²

Les taux globaux de césarienne ont augmenté au Canada depuis le milieu des années 1990. La diminution des AVAC et l'augmentation des césariennes répétées reflètent une augmentation dans le taux global de césariennes. En 2018-2019, les taux de première césarienne en Ontario correspondaient à ceux du Canada : 19,9 % en Ontario par rapport à 19,7 % au Canada. Les taux de césariennes répétées en Ontario sont légèrement plus élevés que ces mêmes taux au Canada : 83,7 % en Ontario par rapport à 81,8 % dans l'ensemble du Canada (voir le tableau 1). Les personnes âgées de plus de 35 ans avaient un taux de première césarienne plus élevé (23,4 % en Ontario et 23,5 % au Canada) par rapport à 18,8 % et 18,7 %, respectivement, pour les personnes de moins de 35 ans(21).

Une analyse des résultats spécifique à la clientèle faisant appel aux services d'une sage-femme en Ontario suggère un taux de première césarienne et de césariennes répétées plus faible parmi la clientèle faisant appel aux services d'une sage-femme. En 2018-2019, le taux de césarienne pour toute la clientèle faisant appel aux services d'une sage-femme en Ontario était de 19,5 %, et bien qu'il soit inférieur à la moyenne provinciale et nationale, ce taux a augmenté de quatre points de pourcentage depuis 2008. La proportion de la clientèle faisant appel aux services d'une sage-femme qui planifie un AVAC a également diminué au cours de la dernière décennie, passant de 71 % en 2008 à 52 % en 2018-2019. En 2018-2019, les sages-femmes de l'Ontario ont assisté à 2042 accouchements auprès de la clientèle avec un historique de césarienne. Parmi celle-ci, 1070 personnes ont choisi un AVAC et dans 870 cas sur 1070 (76,4 %), le travail s'est conclu par un accouchement vaginal. Environ 11 % de ces AVAC ont eu lieu à domicile(22).

TABEAU 1 : TAUX DE CÉSARIENNE : CANADA, ONTARIO ET SOINS PRODIGUÉS PAR DES SAGES-FEMMES EN ONTARIO (2018-2019)³

	Taux global de césariennes % (IC de 95 %)	Taux de première césarienne % (IC de 95 %)	Taux de césariennes répétées % (IC de 95 %)
Canada	29,4 (29,2-29,5)	19,7 (19,6-19,9)	81,8 (81,5-82,1)
Ontario	29,8 (29,6-30,1)	19,9 (19,7-20,1)	83,7 (83,2-84,2)
Soins prodigués par des sages-femmes (Ontario)	19,5	14,2	64,8

Les facteurs contribuant à la diminution des AVAC et à l'augmentation subséquente des césariennes ne sont pas bien compris et pourraient avoir une incidence sur la prise de décisions à l'échelle de la clientèle, des fournisseurs de soins de santé, des hôpitaux et des politiques(23). Toutefois, voici certains des facteurs potentiels :

- Tolérance plus faible au risque foetal et néonatal et aux traumatismes périnéaux;
- Augmentation des taux de déclenchement et d'utilisation de l'analgésie péridurale, ainsi que de monitoring foetal électronique (MFÉ) sans accès au prélèvement de sang du cuir chevelu du fœtus;
- Augmentation des taux d'obésité chez les parents donnant naissance;
- Préférences de l'obstétricien et du parent donnant naissance;
- Recommandations indiquant que le travail d'un AVAC doit avoir lieu à l'hôpital avec un accès immédiat à l'anesthésie obstétricale et à l'équipe chirurgicale si une césarienne est nécessaire;
- Perte de compétences en obstétrique parmi les fournisseurs de soins de santé (particulièrement

pour les accouchements du siège par voie vaginale, les accouchements vaginaux avec intervention et les accouchements vaginaux de jumeaux)(18).

De manière générale, les préoccupations sur la sécurité, le lieu de naissance et les pressions médico-légales ont façonné les discussions et les pratiques actuelles et du passé en ce qui concerne l'AVAC.

Contre-indications à l'AVAC

Les contre-indications à la planification d'un AVAC sont généralement acceptées comme étant les suivantes :

- Une césarienne classique antérieure ou présumée;
- Une cicatrice utérine inversée en T antérieure ou présumée;
- Une hystérotomie ou une myomectomie antérieure pénétrant dans la cavité utérine;
- Une rupture utérine antérieure;
- La présence d'une contre-indication au travail comme un placenta prævia ou une présentation transverse;
- Le refus d'un AVAC et la demande d'une césarienne(12,14).

L'ACCOUCHEMENT VAGINAL APRÈS CÉSARIENNE PLANIFIÉ PAR RAPPORT À L'ACCOUCHEMENT PAR CÉSARIENNE ITÉRATIVE PLANIFIÉE À LA SUITE D'UNE CÉSARIENNE ANTÉRIEURE

La majorité de la recherche sur l'AVAC se concentre sur les risques et les avantages de l'AVAC par rapport à l'ACI et les études d'observation fournissent la majorité des données probantes à ce sujet. Les données tirées de ces modèles d'études non randomisées peuvent présenter un risque important de biais, ce qui limite la fiabilité et la validité des résultats. Il pourrait donc ne pas être possible de généraliser

les résultats des études d'observation à tous les environnements de pratique ou, plus précisément, aux soins prodigués par des sages-femmes en Ontario ou au Québec⁴. Malgré ces limites, la majorité des données probantes sur l'AVAC proviennent d'études d'observation comme l'a démontré la publication d'une seule revue systématique d'études contrôlées randomisées comparant les deux modes

➔3 Données non-disponibles pour le Québec

➔4 Ajout de l'OSFQ

d'accouchement jusqu'à ce jour. Cette revue systématique fait état d'un seul résultat : les taux d'hémorragie ou de nécessité de transfusion sanguine. Les données (*faible certitude des données probantes*) provenant du petit échantillon (n = 22) indiquent qu'il y a peu ou pas de différence dans les taux d'hémorragie ou de nécessité de transfusion sanguine parmi la clientèle qui planifie un AVAC ou un ACI après une césarienne antérieure (RR = 1,20, IC de 95 % de 0,20 à 7,05, p = 0,84)(24). Malheureusement, cette revue systématique ne donne aucune autre information sur les résultats importants pour les parents donnant naissance ou les nouveau-nés(24).

En raison de la quantité limitée de données provenant d'essais cliniques randomisés, les informations des études d'observation ont été examinées. Dix études d'observation ont examiné les différences dans les résultats pour les personnes participantes qui avaient planifié d'accoucher par voie vaginale ou qui avaient choisi d'avoir une césarienne répétée après avoir déjà eu une césarienne(25–34). Bien que ces données d'observation puissent être marquées par une méthodologie peu rigoureuse, une comparabilité limitée des groupes évalués et des définitions imprécises ou non standard des résultats importants(13,35)⁵, l'augmentation de la quantité de données probantes comparant les résultats des AVAC et des ACI offre des estimations de plus en plus précises de leurs effets. Les études de grande envergure sont particulièrement importantes lorsque l'on examine des événements rares comme la mortalité chez les parents donnant naissance et les nouveau-nés et la rupture utérine. Ce guide mis à jour s'appuie sur un ensemble de données probantes plus vaste qui augmente la précision de nos estimations d'association et, par conséquent, permet aux sages-femmes de faire davantage confiance aux données probantes qu'elles partagent avec les clients.

Dans les 10 études d'observation examinées, les personnes participantes des deux groupes étaient admissibles à un AVAC planifié, car elles n'avaient aucune contre-indication (une rupture utérine ou une intervention chirurgicale utérine antérieure, une anomalie fœtale ou congénitale, une infection à l'herpès génital active ou une présentation transverse) qui les empêchaient d'avoir un accouchement vaginal. Toutes les personnes participantes étaient à au

moins 36 semaines de grossesse et il est présumé que la majorité d'entre elles avaient subi une césarienne du segment inférieur.

Mortalité du parent donnant naissance

La mort est une issue de la grossesse très rare chez les personnes ayant déjà eu une césarienne. Les résultats regroupés provenant de cinq études d'observation effectuées auprès de 41 129 parents donnant naissance (*très faible certitude des données probantes*) n'ont démontré aucune différence dans les taux de mortalité du parent donnant naissance entre ceux qui avaient déjà eu une césarienne et qui planifiaient un AVAC et ceux qui ont eu un ACI (RR = 0,53, IC de 95 % de 0,05 à 5,08, p = 0,58)(25,26,29–31).

Rupture utérine

Bien qu'elle soit rare, la rupture utérine est un risque important associé à une césarienne antérieure. La rupture de l'utérus peut être catastrophique autant pour le parent donnant naissance que pour le nouveau-né, et elle nécessite une intervention médicale et chirurgicale d'urgence.

Les résultats regroupés provenant de sept études comprenant 44 168 personnes enceintes (*très faible certitude des données probantes*) montrent qu'un AVAC planifié après une césarienne antérieure peut augmenter les taux de rupture utérine (RR = 4,30, IC de 95 % de 2,87 à 6,44, p < 0,00001). Toutefois, nous ne sommes pas certains de ce résultat, car la rupture utérine est une issue rare et de grands échantillons sont nécessaires pour obtenir des résultats précis(25,27–32).

Autres considérations concernant la rupture utérine

Bien que les données probantes continuent de suggérer que le risque de rupture utérine est plus élevé pour les personnes qui planifient un AVAC, le risque absolu de rupture utérine demeure faible, peu importe la voie d'accouchement.

En termes absolus, le risque de rupture utérine durant un AVAC planifié est généralement d'un sur 200 et le risque d'une issue périnatale indésirable causée par une rupture utérine est estimé à un sur 2000(23,36,37).

La différence dans les taux de rupture utérine selon les voies d'accouchement (AVAC ou ACI) est également petite : sur 1000 parents donnant naissance, quatre personnes de

5 Par exemple, la façon dont la rupture utérine est définie dans une étude donnée (si la déhiscence est incluse ou non et comment la déhiscence utérine est définie) peut grandement influencer les taux de rupture utérine et de morbidité connexe rapportés. De plus, de nombreuses études comparent la voie d'accouchement réelle plutôt que la voie prévue, ce qui signifie que les personnes participantes qui avaient prévu faire le travail, mais qui ont eu une césarienne et celles dont le travail a commencé avant une césarienne planifiée pourraient être mal classées et leurs résultats pourraient être comptabilisés dans le mauvais volet de recherche. De telles erreurs de classement masquent les effets négatifs potentiels de désirer une voie d'accouchement, mais d'en vivre une autre.

plus (de 2 de plus à 6 de plus) peuvent subir une rupture utérine après avoir planifié un AVAC par rapport à un ACI, qui a un taux de rupture utérine d'un sur 1 000(25,27–32).

Dans les études qui analysent les impacts d'une rupture utérine, les résultats sont grandement favorables. Dans une analyse des études par Guise et coll., 6 % des ruptures utérines étaient associées à un décès néonatal(23). Parmi les 17 898 AVAC planifiés inclus dans l'étude prospective de Landon et coll., la mort périnatale associée à la rupture se produit seulement dans deux ruptures sur 124 (1,6 %)(36). Dans une étude rétrospective norvégienne de 18 794 naissances après une césarienne antérieure, la mort périnatale se produit dans 3,7 % des cas de rupture utérine. L'hystérectomie associée à la rupture utérine se produit dans 3,8 % des cas de rupture(38).

Étant donné les faibles probabilités de rupture utérine et la faible probabilité qu'elle mène à des issues indésirables, le risque ultime de complications graves ou durables découlant d'un AVAC planifié est faible(39).

Autres résultats pour le parent donnant naissance : morbidité

Les données probantes tirées d'une étude d'observation (*très faible certitude des données probantes*) suggèrent des taux plus élevés d'infection (RR = 1,59, IC de 95 % de 1,42 à 1,78, $p < 0,00001$) associés à l'AVAC planifié après une césarienne antérieure. Cependant, cette constatation s'explique par le fait qu'une infection périnatale est peu probable sans une phase active de travail, comme on s'y attend avec l'accouchement par césarienne itérative(30).

D'autres données probantes (*très faible certitude des données probantes*) suggèrent qu'un AVAC planifié après une césarienne pourrait faire peu ou pas de différence dans les taux d'hystérectomie(25,26,30–32), de transfusion(27,29,30,32) et d'infection post-partum(25,26,29), bien que nous ne soyons pas certains de ces résultats en raison du manque d'uniformité dans les résultats des études. Consultez le tableau 2 pour obtenir une analyse complète du risque relatif et de l'écart pour chaque résultat lorsque l'AVAC est planifié.

Mortalité néonatale

Une méta-analyse de huit études effectuées auprès de 52 130 nouveau-nés (*très faible certitude des données probantes*) révèle qu'un AVAC planifié après une césarienne antérieure peut augmenter les taux de mortalité chez les nouveau-nés (RR = 2,61, IC de 95 % de 1,33 à 5,11, $p = 0,005$)(25–32). Bien que ces données probantes suggèrent un taux plus élevé de mortalité périnatale ou néonatale lors d'un AVAC plutôt que d'un ACI, l'écart entre les taux est faible, soit un nouveau-né décédé de plus (de 0 de plus à 2 de plus) par 1000 à cause d'un AVAC planifié(25–32). Ces données vont dans la même direction que les données probantes indiquant que le risque absolu d'issue périnatale ou néonatale indésirable est très faible chez les personnes qui ont déjà eu une césarienne, qu'elles planifient un AVAC ou un ACI(40–42).

Morbidité néonatale

Une méta-analyse de trois études (*très faible certitude des données probantes*) démontre qu'un AVAC planifié après une césarienne antérieure peut également augmenter les probabilités d'un test d'Apgar inférieur à 7 à cinq minutes (RR = 2,93, IC de 95 % de 2,03 à 4,24, $p < 0,0001$)(25,27,32,43) et une méta-analyse de quatre études effectuées auprès de 46 714 nouveau-nés révèle une augmentation des infections néonatales (RR = 1,40, IC de 95 % de 1,07 à 1,83, $p = 0,01$) après un AVAC planifié. Les résultats ont été considérés comme indirects, car l'état de la cicatrice de la plupart des personnes participantes n'était pas connu(26,27,29,30).

D'autres données probantes (*très faible certitude des données probantes*) suggèrent peu ou pas de différence dans les taux de tachypnée transitoire du nouveau-né (RR = 0,90, IC de 95 % de 0,70 à 1,16, $p = 0,42$)(26) ou les taux de syndrome de détresse respiratoire (RR = 0,59, IC de 95 % de 0,26 à 1,36, $p = 0,21$)(25,26,30,32,44) lorsque l'on compare les AVAC planifiés aux ACI, bien que nous ne soyons vraiment pas certains de ces résultats en raison de définitions et de classifications non uniformes des conditions respiratoires et des faibles taux d'événements dans les données relatives aux voies d'accouchement.

TABEAU 2: SOMMAIRE DES RÉSULTATS – L'AVAC PLANIFIÉ PAR RAPPORT À L'ACI APRÈS UNE CÉSARIENNE ANTÉRIEURE

Résultat	Risque absolu avec AVAC planifié	Direction de l'effet	Risque relatif (IC de 95%)	Source(s)
Résultats pour le parent donnant naissance				
Mortalité	0 de moins par 1000 (de 0 de moins à 0 de moins)	Peu ou pas de différence entre les groupes	RR 0,53 (0,05-5,08)	(25,26,29–31)
Rupture utérine*	4 de plus par 1000 (de 2 de plus à 6 de plus)	Risque augmenté par l'AVAC planifié	RR 4,30 (2,87-6,44)	(25,27–32)
Hystérectomie	0 de moins par 1000 (de 0 de moins à 1 de plus)	Peu ou pas de différence entre les groupes	RR 1,29 (0,81-2,03)	(25,26,30–32)
Transfusion	1 de plus par 1000 (de 0 de moins à 2 de plus)	Peu ou pas de différence entre les groupes	RR 1,21 (1,05-1,40)	(27,29,30,32)
Infection perinatale*	22 de plus par 1000 (de 15 de plus à 29 de plus)	Risque augmenté par l'AVAC planifié	RR 1,59 (1,42-1,78)	(30)
Infection post-partum	8 de plus par 1000 (de 0 de moins à 20 de plus)	Peu ou pas de différence entre les groupes	RR 1,44 (0,98-2,12)	(25,26,29)
Issues périnatales/néonatales				
Mortalité*	1 de plus par 1000 (de 0 de moins à 2 de plus)	Risque augmenté par l'AVAC planifié	RR 2,61 (1,33-5,11)	(25–32)
Infection néonatale*	5 de plus par 1000 (de 1 de plus à 9 de plus)	Risque augmenté par l'AVAC planifié	RR 1,40 (1,07-1,83)	(25,26,30–32)
Test d'Apgar < 7 à cinq minutes*	9 de plus par 1000 (de 5 de plus à 16 de plus)	Risque augmenté par l'AVAC planifié	RR 2,93 (2,03-4,24)	(25,27,32)
Tachypnée transitoire du nouveau-né (TTN)	3 de moins par 1000 (de 9 de moins à 5 de plus)	Peu ou pas de différence entre les groupes	RR 0,90 (0,70-1,16)	(26)
Syndrome de détresse respiratoire	2 de moins par 1000 (de 4 de moins à 2 de plus)	Peu ou pas de différence entre les groupes	RR 0,59 (0,26-1,36)	(25,26,30,32,44)

* Résultat significatif: $p < 0,05$

Autres considérations et avantages importants pour la clientèle associés à l'AVAC planifié

Bien qu'il soit important d'examiner attentivement les risques potentiels et les avantages d'un accouchement vaginal après césarienne planifié par rapport à l'accouchement par césarienne itérative, il est tout aussi important que les sages-femmes transmettent à la clientèle les informations sur les avantages de l'accouchement vaginal et les risques à long terme associés à la césarienne(45). En choisissant l'AVAC, la clientèle a l'occasion de vivre une expérience de soins axée sur la personne et la famille, ainsi qu'un travail et un accouchement physiologiques à faible intervention(46). Le rôle des sages-femmes est de « comprendre, promouvoir

et faciliter les processus physiologiques, et d'intervenir seulement en cas de nécessité(20) »⁶. Le soutien à la clientèle qui planifie un AVAC est en accord avec ce rôle.

Expériences d'accouchement

Dans les études qualitatives, la clientèle qui a vécu un AVAC décrit cette expérience comme étant significative et affirme qu'elle a contribué à un sentiment d'accomplissement et de fierté(45,47,48). Lorsqu'elle compare son AVAC à une césarienne antérieure, la clientèle a indiqué avoir vécu une meilleure expérience post-partum, notamment un meilleur lien entre le parent et le nourrisson, un contact peau à peau et un allaitement plus rapide ainsi qu'une récupération physique plus courte(47). Le sentiment d'accomplissement

➔6 Cette affirmation est cohérente avec les *Normes professionnelles* des sages-femmes du Québec

associé à l'AVAC serait à l'origine de l'amélioration de l'expérience post-partum(47). Ces constatations viennent compléter celles de l'Enquête canadienne sur l'expérience de la maternité, une étude canadienne qui documente les expériences de travail, d'accouchement, de contact entre le parent et le nourrisson et d'allaitement de plus de 6000 personnes participantes. Celles qui ont eu une césarienne ont indiqué avoir eu un lien parent-nourrisson moins optimal, notamment en ce qui concerne le peau à peau, et elles étaient plus susceptibles de vivre des pratiques qui ne favorisent pas l'allaitement, bien qu'il y ait très peu de raisons pour que ces pratiques diffèrent en fonction de la voie d'accouchement, à moins qu'un nouveau-né soit admis à l'unité de soins intensifs néonataux(49).

Dans une autre étude, les personnes participantes qui ont eu un AVAC ont vécu moins d'inconfort post-partum et ont décrit un sentiment de bien-être plus rapide que celles qui se remettaient d'une césarienne(50). De plus, dans une étude de 2014 sur l'expérience des parents donnant naissance lors d'un AVAC dans l'eau, les personnes participantes ont décrit une expérience d'accouchement améliorée, y compris une augmentation du confort, de la mobilité et de la relaxation, une amélioration de la satisfaction et une amélioration de l'état mental post-partum(51). Les résultats associés à la santé mentale post-partum sont davantage explorés dans une revue systématique effectuée en 2020 qui examinait le lien entre la dépression post-partum et la voie d'accouchement. Bien que la revue n'ait pas été effectuée uniquement auprès de personnes ayant vécu un AVAC, les personnes qui avaient accouché par césarienne avaient un risque accru de souffrir d'une dépression post-partum à court terme (dans les deux semaines) et à long terme (six mois ou plus) par rapport aux personnes qui avaient eu un accouchement vaginal. Les plaies postopératoires, le temps de récupération plus long, le sentiment de déception et le manque de confiance en l'accouchement naturel ont tous été reconnus comme des facteurs contribuant à la dépression post-partum(52).

Allaitement

Les avantages de la planification d'un AVAC comprennent des taux plus élevés d'initiation à l'allaitement : dans une étude, les parents donnant naissance qui avaient eu un AVAC étaient plus susceptibles de commencer l'allaitement par rapport à ceux qui avaient eu un ACI (66,6 % par rapport à 58,9 %), même en tenant compte des facteurs de confusion qui influencent l'allaitement de manière générale comme l'âge, l'IMC et le statut socio-économique. Dans la même étude, les personnes qui avaient planifié un AVAC, mais qui

ont finalement accouché par césarienne étaient également plus susceptibles d'allaiter que celles qui avaient eu un ACI (61,3 % par rapport à 58,98 %)(53). L'une des explications de cette différence est que les personnes qui planifient un AVAC sont plus susceptibles d'avoir l'intention d'allaiter. Bien que ce soit l'une des raisons de cette différence, d'autres données probantes pointent vers les perturbations associées à la césarienne du travail hormonal qui stimule la lactogénèse ainsi que les pratiques en matière de soins postopératoires qui nuisent à la production de lait(53-55).

Le travail semble avoir un effet sur l'allaitement. Des données probantes robustes provenant d'une vaste revue systématique internationale montrent que les personnes qui ont eu une césarienne itérative (sans travail) présentent des taux plus bas d'allaitement peu de temps après la naissance que celles qui avaient eu un accouchement vaginal (RC = 0,83, IC de 95 % de 0,8 à 0,86, $p < 0,00001$). Cependant, le fait d'avoir une césarienne une fois que le travail a commencé n'a pas changé les taux d'allaitement par rapport aux personnes ayant eu un accouchement vaginal (RC = 1,00, IC de 95 % de 0,97 à 1,04, $p = 0,086$)(54). Ces résultats suggèrent que le milieu métabolique ou endocrinien du travail est primordial pour l'allaitement, car il a été découvert que l'ampleur de la production d'ocytocine et de prolactine, qui ont une fonction de médiation importante dans la production de lait et l'établissement du lien entre le parent et le nouveau-né, est différente entre les personnes qui accouchent par césarienne et celles qui accouchent par voie vaginale(54). Cette différence entre les niveaux d'hormones pourrait contribuer à une réduction du taux de réussite de l'allaitement chez les personnes qui ont vécu une césarienne itérative(55). L'élévation post-partum du taux de prolactine persiste pendant plusieurs heures après un accouchement vaginal, ce qui favorise la production de lait, alors que le taux de prolactine est souvent faible ou inexistant après une césarienne itérative.

À la suite d'une césarienne, des niveaux de prolactine plus faibles ont également été observés chez les nouveau-nés, ce qui pourrait possiblement jouer un rôle dans les difficultés respiratoires et une basse température. Ces difficultés augmentent le risque que le nouveau-né soit admis à l'unité de soins intensifs néonataux, ce qui perturbe ensuite le lien entre le parent et le nouveau-né en retardant le contact peau à peau ainsi que les premières tétées et les tétées fréquentes. Cette séparation réduit davantage les niveaux de prolactine post-partum, ce qui peut encore une fois nuire à la production de lait et à la réussite de l'allaitement(55).

Santé du plancher pelvien

Les données probantes existantes ne permettent pas d'estimer les risques ou les avantages de l'AVAC par rapport à l'ACI en ce qui concerne les morbidités du plancher pelvien, y compris le prolapsus des organes pelviens et l'incontinence urinaire et fécale, en raison de l'absence de recherche qui évalue ces résultats parmi les populations ayant eu un AVAC. Les données probantes les plus pertinentes comparent les morbidités du plancher pelvien entre les groupes qui ont eu une césarienne seulement et un accouchement vaginal seulement. Les recherches suggèrent que les personnes qui accouchent exclusivement par césarienne sont moins susceptibles de souffrir d'incontinence urinaire (RC = 0,56, IC de 95 % de 0,41 à 0,66, $p = 0,000011$) et/ou de prolapsus des organes pelviens (RC = 0,29, IC de 95 % de 0,17 à 0,51, $p = 0,005$) que les personnes qui ont eu exclusivement des accouchements vaginaux(56). Les probabilités de développer de l'incontinence fécale et des douleurs pelviennes chroniques étaient égales peu importe la voie d'accouchement, mais une césarienne itérative était associée à un risque accru de dyspareunie à 18 mois (RC = 1,49, IC de 95 % de 1,11 à 2,00), même après avoir apporté des ajustements pour tenir compte des facteurs de confusion comme l'âge du parent donnant naissance, une dyspareunie avant la grossesse et la fatigue du parent donnant naissance(56,57).

Microbiome intestinal

De nouvelles données probantes établissent un lien entre l'accouchement vaginal et la césarienne en ce qui concerne l'établissement du microbiote durant la petite enfance et elles fournissent des informations importantes sur le rôle de l'AVAC par rapport à l'ACI. Le microbiote humain est considéré comme un atout important dans les défenses de l'hôte et il joue un rôle essentiel dans les fonctions qui soutiennent la santé générale. Une revue systématique effectuée en 2016 a examiné si la voie d'accouchement, qui détermine l'exposition fœtale à la flore vaginale et intestinale, influençait la diversité et le modèle de colonisation du microbiote intestinal du nouveau-né. Elle a permis de découvrir que l'abondance, la diversité et les modèles de colonisation des différents types de bactéries étaient associés de manière significative à la voie d'accouchement durant les trois premiers mois de vie, mais que ces différences disparaissaient après six mois de vie(58,59). L'étude a révélé que l'accouchement vaginal, par rapport à la césarienne, était fortement associé à un enrichissement des espèces de bactéroïdes à cinq semaines chez le nouveau-né, et ce, jusqu'à 31 semaines. D'autres études sont nécessaires pour étudier le lien entre le microbiote et la voie d'accouchement ainsi que les effets à long terme sur la santé des enfants.

Résultats relatifs à l'enfance

Il y a très peu de recherche sur la relation entre l'AVAC, l'ACI et la santé et le développement durant l'enfance. Toutefois, des études d'observation menées auprès de personnes qui avaient eu une césarienne itérative plutôt qu'un accouchement vaginal ont permis d'obtenir des données pertinentes sur l'incidence chez les enfants à long terme de l'AVAC par rapport à l'ACI.

Asthme et allergies

Une méta-analyse de 37 études effectuée en 2019 ($n = 4\,937\,710$) suggère une association positive (RR = 1,20, IC de 95 % de 1,15 à 1,25) entre la césarienne et une augmentation du risque d'asthme chez les enfants(60). Une méta-analyse de huit études effectuée en 2018 ($n = 44\,131$) sur la relation entre la césarienne et les troubles allergiques n'a révélé aucune association significative entre la césarienne et les allergies, la dermatite ou l'atopie(56).

Les mécanismes biologiques qui lient la voie d'accouchement à l'asthme à long terme ne sont pas connus à l'heure actuelle. L'une des hypothèses est que la méthode d'accouchement influence le développement du système immunitaire en raison de l'effet direct du travail sur les cellules immunitaires régulatrices ou de l'exposition au microbiote vaginal. Une deuxième hypothèse est que les nouveau-nés qui sont nés par césarienne sont moins exposés à la pression thoracique qui permet de vider les poumons du liquide amniotique, ce qui aurait un effet négatif sur la fonction pulmonaire à long terme(60).

Obésité

Une méta-analyse de cinq études montre qu'un poids plus élevé était plus fréquent chez les enfants nés par césarienne par rapport à ceux nés par voie vaginale (RC = 1,35, IC de 95 % de 1,29 à 1,41, $p < 0,00001$). Ces résultats ont persisté durant toute la vie, que l'obésité infantile ait été observée à cinq ans, entre six et 15 ans et entre 20 et 28 ans(61). Une deuxième méta-analyse de quatre études examinant la relation entre la césarienne et l'obésité infantile confirme les résultats de la première étude, mais suggère une faible association (RC = 1,22, IC de 95 % de 1,06 à 1,42, $p = 0,007$) (56). La généralisation de ces résultats est limitée étant donné l'hétérogénéité marquée des populations étudiées et des différences méthodologiques des études.

Diabète sucré de type 1

Une vaste méta-analyse incluant 420 000 enfants nés par césarienne et 2,3 millions d'enfants nés par voie vaginale n'a trouvé aucune différence dans les taux de diabète de type 1

parmi cette cohorte, ce qui suggère que la césarienne n'augmente pas le risque de troubles métaboliques(61).

Simplifier la prise de décisions de la clientèle

Dans les études qualitatives, la clientèle mentionne que le soutien du fournisseur de soins de santé et sa confiance envers la planification d'un AVAC sont des facteurs importants de leur processus de prise de décisions(47). Des discussions approfondies permettant de faire des choix informés permettent aux parents donnant naissance de se sentir comme des participants actifs à la prise de décisions. Lorsqu'ils ont l'occasion de discuter de leurs accouchements précédents, qu'ils sont soutenus dans leur choix et qu'ils ont confiance en leur capacité à avoir un AVAC, il est probable qu'ils vivent une expérience positive lors de leur accouchement.

Dans les discussions permettant de faire des choix informés, les sages-femmes doivent garder à l'esprit qu'elles doivent aller plus loin que de simplement discuter des risques. Les études évaluant les expériences de la clientèle ont découvert que l'enseignement prénatal se concentrait principalement sur les risques de l'AVAC planifié et que peu ou pas d'informations étaient fournies à propos des risques de l'ACI et des avantages de l'accouchement vaginal de façon plus générale. Cette façon de faire a le potentiel d'accorder une priorité moindre aux expériences vécues, aux valeurs et aux préférences des parents donnant naissance, de limiter le choix informé réel et de renforcer les craintes au sujet de l'AVAC(45,62–64).

Outils d'aide à la décision

Pour prendre des décisions éclairées, les parents donnant naissance utilisent une variété de sources comme les médias sociaux, les blogues et les groupes de soutien sur l'AVAC, en plus de s'appuyer sur leurs propres expériences personnelles(45,47). Les outils d'aide à la décision, y compris les informations écrites et électroniques à l'intention de la clientèle, peuvent également être utiles(65,66). [My Next Birth](#) est un outil en ligne d'aide à la prise de décisions mis au point en Colombie-Britannique qui vise à donner à la clientèle des informations claires qui soutiennent leurs valeurs et leurs objectifs pour leur prochain accouchement après une césarienne. Une revue systématique de 2015 a examiné si le fait de recevoir des outils d'aide à la décision était associé à une augmentation des taux d'AVAC. Bien que les outils d'aide à la décision n'aient pas influencé le taux d'AVAC, ils ont grandement augmenté la connaissance des risques et des avantages chez les personnes participantes et leur certitude envers leur décision sur la voie d'accouchement après une césarienne antérieure(67).

La brochure de l'AOM « CHOISIR COMMENT ACCOUCHER APRÈS UNE CÉSARIENNE » à l'intention de la clientèle contient des informations pertinentes sur l'AVAC et l'ACI. Les sages-femmes peuvent partager cette ressource avec leur clientèle pour faciliter les discussions permettant de faire des choix informés.

L'outil d'aide à la décision « *Planifier un AVAC: Comment s'assurer de choisir le bon lieu où donner naissance* » de l'OSFQ peut aussi aider la clientèle⁷.

Recommandation

Cette recommandation présuppose une absence de contre-indication à l'accouchement vaginal/AVAC (voir la liste des contre-indications à la page 14).

1. Les sages-femmes devraient recommander un AVAC planifié à la clientèle qui a déjà eu une césarienne. Les discussions permettant de faire des choix informés devraient comprendre:
 - Les risques et les avantages d'un AVAC planifié par rapport à l'accouchement par césarienne itérative;
 - Les risques et les avantages de la césarienne et de l'accouchement vaginal, de façon plus générale;
 - Le rôle de l'AVAC planifié dans le travail et l'accouchement physiologiques;
 - Les ressources locales et l'accès à des services en temps opportun dans la collectivité de la clientèle;
 - Les valeurs et préférences de la clientèle ainsi que sa tolérance au risque.

Cette discussion, y compris la décision de la clientèle, doit être consignée dans son dossier. [nouveau 2021]

Recommandation ferme: très faible certitude des données probantes

Cette recommandation reconnaît que l'AVAC est un choix sécuritaire pour la majorité de la clientèle qui a déjà eu une césarienne. Elle reconnaît la clientèle en tant que principale décideuse et reconnaît que l'AVAC est un moyen de réussir un accouchement physiologique à faible intervention.

Considérations concernant l'équité pour l'AVAC planifié

Des recherches effectuées aux États-Unis révèlent des taux plus élevés de césariennes, ainsi que de césariennes répétées, chez les parents issus des minorités culturelles donnant naissance, particulièrement parmi les populations noires, asiatiques et hispaniques(68–72).

L'Ontario n'a pas de système de collecte de données fondées sur l'origine ethnique, ce qui rend l'étendue de ces différences au sein de la province peu claire. Cependant, l'héritage du colonialisme et le racisme systémique persistent au Canada et des disparités dans l'accès aux services de soins de santé et leur utilisation, ainsi que dans les résultats pour les parents donnant naissance, ont été rapportées(73,74). Les discussions permettant de faire des choix informés doivent également tenir compte des expériences de travail et d'accouchement des personnes racisées. Dans le contexte de taux disproportionnés et inéquitables de première césarienne et de césariennes répétées, les recommandations des sages-femmes sur l'AVAC sont un moyen de remédier aux inégalités systémiques.

AVAC PLANIFIÉ PAR RAPPORT À L'ACI À LA SUITE DE DEUX CÉSARIENNES ANTÉRIEURES OU PLUS

Étant donné l'augmentation générale des taux de césariennes répétées et de la diminution des AVAC au sein de la population utilisant les services d'une sage-femme en Ontario spécifiquement, il y a un intérêt croissant pour la compréhension des risques et des avantages de l'AVAC planifié et de l'ACI lorsqu'une personne a déjà eu deux césariennes ou plus. Sept études d'observation fournissent des données probantes qui permettent aux sages-femmes de mieux comprendre les différences de résultats parmi les personnes ayant déjà eu plusieurs césariennes qui planifient un AVAC ou un ACI(75–81).

Mortalité du parent donnant naissance

Les résultats regroupés provenant de deux études d'observation (*très faible certitude des données probantes*) comprenant 7 445 parents donnant naissance révèlent une légère augmentation des taux de mortalité du parent donnant naissance (RR = 2,06, IC de 95 % de 0,08 à 50,57, $p = 0,66$), bien que ces résultats soient très incertains en raison des faiblesses méthodologiques de ces études, notamment le manque de contrôle des facteurs de confusion comme l'âge, le type de cicatrice et un accouchement vaginal antérieur dans l'une des études(76,81). Bien que ces données probantes suggèrent un taux plus élevé de mortalité chez les parents donnant naissance par AVAC plutôt que par ACI après deux césariennes antérieures ou plus, l'écart entre les taux est faible; la mortalité se produit dans 0 cas de moins à 8 cas de plus par 1000 parents donnant naissance à cause d'un AVAC planifié.

Rupture utérine

Cinq études d'observation (*très faible certitude des données probantes*) qui comprenaient 12 290 parents donnant naissance

révèlent qu'un AVAC planifié après deux césariennes antérieures ou plus peut augmenter les taux de rupture utérine (RR = 8,67, IC de 95 % de 0,63 à 119,21, $p = 0,11$), mais ces résultats manquent de précision, comme l'indique le large intervalle de confiance. Bien que les données probantes suggèrent que le choix d'un AVAC après deux césariennes antérieures ou plus peut être associé à un risque de rupture utérine huit fois plus élevé qu'avec un ACI, l'écart entre les groupes est faible: seulement deux parents donnant naissance de plus par 1000 peuvent subir une rupture utérine lors qu'ils planifient un AVAC par rapport à ceux qui planifient un ACI(75,77–79,81). Des études avec des échantillons plus importants sont nécessaires pour mieux saisir les rares cas de rupture utérine et augmenter notre niveau de certitude concernant la probabilité de ce résultat.

Autres résultats pour le parent donnant naissance : morbidité

D'autres méta-analyses (*très faible certitude des données probantes*) démontrent qu'un AVAC planifié après deux césariennes antérieures ou plus peut faire peu ou pas de différence dans les taux d'hystérectomie(75,80,81), de transfusion sanguine(76–78,81) ou d'endométrite(76,81). Consultez le tableau 3 pour obtenir une analyse complète du risque relatif et de l'écart pour chaque résultat.

Mortalité périnatale/néonatale

Une méta-analyse de deux études effectuée auprès de 7445 nouveau-nés (*très faible certitude des données probantes*) révèle qu'un AVAC planifié après deux césariennes antérieures ou plus n'a peu ou pas d'incidence sur les taux de mortalité périnatale ou néonatale (RR = 1,37, IC de 95 % de 0,10 à 17,84, $p = 0,81$)(80,81).

TABEAU 3 : SOMMAIRE DES RÉSULTATS – L'AVAC PLANIFIÉ PAR RAPPORT À L'ACI APRÈS DEUX CÉSARIENNES ANTÉRIEURES OU PLUS

Résultat	Risque absolu avec AVAC planifié	Direction de l'effet	Risque relatif (IC de 95 %)	Source(s)
Résultats pour le parent donnant naissance				
Mortalité	0 de moins par 1000 (de 0 de moins à 8 de plus)	Peu ou pas de différence entre les groupes	RR 2,06 (0,08-50,57)	(76,81)
Rupture utérine	2 de plus par 1000 (de 0 de moins à 37 de plus)	Peu ou pas de différence entre les groupes	RR 8,67 (0,63-119,21)	(75,77–79,81)
Hystérectomie	3 de moins par 1000 (de 5 de moins à 6 de plus)	Peu ou pas de différence entre les groupes	RR 0,52 (0,13-2,10)	(75,80,81)
Endométrite	9 de plus par 1000 (de 1 de moins à 23 de plus)	Peu ou pas de différence entre les groupes	RR 1,43 (0,97-2,10)	(76,81)
Transfusion sanguine	3 de moins par 1000 (de 13 de moins à 21 de plus)	Peu ou pas de différence entre les groupes	RR 0,82 (0,31-2,13)	(76–78,81)
Issues périnatales/néonatales				
Mort périnatale	0 de moins par 1000 (de 0 de moins à 8 de plus)	Peu ou pas de différence entre les groupes	RR 1,37 (0,10-17,84)	(80,81)

Remarque : Aucun résultat du tableau ci-dessus n'a atteint un degré acceptable de signification statistique.

Autres facteurs importants à considérer pour la clientèle

En plus des données probantes directes comparant les risques et les avantages de l'AVAC planifié à ceux de l'ACI après deux césariennes antérieures ou plus, les sages-femmes et leur clientèle peuvent également tenir compte des données probantes concernant les complications associées à des accouchements multiples par césarienne. Après une première césarienne, les césariennes subséquentes présentent une augmentation des risques d'hystérectomie, de placentation anormale et d'accouchement prématuré. Les incidences d'hémorragie post-partum, d'adhérences, de lésions dues à l'intervention chirurgicale et d'hystérectomie augmentent toutes avec le nombre de césarienne(56,82).

Une méta-analyse de 10 études sur la relation entre une césarienne antérieure et un placenta prævia suggère une forte association (RC = 1,74, IC de 95 % de 1,62 à 1,87, $p < 0,00001$)(56). Lorsqu'on les compare à des parents donnant naissance qui ont eu un accouchement vaginal antérieur, ceux qui avaient eu un accouchement par césarienne antérieur avaient un risque accru de décollement placentaire (RC = 1,38, IC de 95 % de 1,27 à 1,49, $p < 0,00001$) et de placenta accreta (RC = 2,95, IC de 95 % de 1,32 à 6,60, $p = 0,008$)(56). Les risques de placenta accreta, de placenta prævia et de décollement placentaire augmentent tous avec chaque césarienne antérieure(83,84). La morbidité attribuable au placenta

accreta est importante : hémorragie ante partum et accouchement prématuré associé; et hémorragie post-partum et complications associées, y compris la coagulation intravasculaire disséminée, le choc et la mort. Le placenta accreta est l'indication la plus courante pour l'hystérectomie associée à une césarienne dans les pays en voie de développement(85).

Les personnes qui ont déjà eu une césarienne ont trois fois plus de chance de subir une hystérectomie (RC = 3,85, IC de 95 % de 1,06 à 14,02, $p = 0,04$) lors d'une grossesse subséquente par rapport à celles qui ont eu un accouchement vaginal(56). Les données provenant d'un vaste registre national danois révèlent que les personnes qui doivent subir une hystérectomie et qui ont eu une ou plusieurs césariennes antérieures souffrent davantage de complications postopératoires, comme la nécessité d'une nouvelle intervention chirurgicale, des saignements et une rupture de plaie, que les personnes qui doivent subir une hystérectomie sans historique de césarienne(86).

Il peut être particulièrement bénéfique pour la clientèle qui envisage d'avoir plus d'un enfant après avoir eu une césarienne de planifier un AVAC plutôt qu'un ACI. Le risque de morbidité augmente avec le nombre de césariennes antérieures, particulièrement chez les personnes qui ont eu plus de trois césariennes antérieures, alors qu'il y a peu de risques associés à plusieurs AVAC(87). Les choix à

long terme de la clientèle concernant la reproduction doivent être intégrés à la consultation à propos des risques et des avantages de l'AVAC par rapport à l'ACI, et la

conversation doit inclure une discussion sur les risques de morbidité majeure associés aux césariennes dans les grossesses futures(88,89).

Recommandation

Cette recommandation présuppose une absence de contre-indication à l'accouchement vaginal/AVAC (voir la liste des contre-indications à la page 14).

- Offrir un AVAC planifié à la clientèle qui a eu deux césariennes antérieures ou plus [nouveau 2021]

Recommandation ferme: très faible certitude des données probantes

Cette recommandation reconnaît la clientèle à titre de décideuse principale en ce qui concerne ses soins et elle reconnaît l'AVAC comme un moyen de réussir un travail et un accouchement physiologiques.

Énoncé de bonne pratique

- Pour la clientèle qui envisage d'avoir plus d'un enfant après avoir eu une césarienne, les sages-femmes devraient discuter des avantages de l'AVAC plutôt que de l'ACI, notamment des conséquences à long terme de césariennes multiples. [2021]

Cet énoncé de bonne pratique reconnaît l'augmentation des risques associée à de multiples césariennes et les avantages d'AVAC cumulatifs.

EST-IL POSSIBLE DE PRÉDIRE LES RÉSULTATS DE L'AVAC ?

La probabilité globale qu'un AVAC se réalise selon ce qui a été planifié est de 60 à 80 % (23,90). Parmi la clientèle qui a reçu des soins de la part des sages-femmes de l'Ontario en 2018-2019, 75 % des personnes qui avaient un historique de césarienne et choisi un AVAC ont accouché par voie vaginale(22)⁸. Dans un effort pour améliorer la sélection de personnes pour un AVAC et de potentiellement diminuer les risques, les chercheurs ont tenté de déterminer les facteurs qui permettent de prévoir avec précision les probabilités d'avoir un accouchement vaginal ou la proportion relativement petite qui subira une rupture utérine durant l'AVAC. Cependant, étant donné le risque absolu faible de complications, ce qui comprend la rupture utérine, et les risques relatifs faibles associés à chaque facteur prédictif, il est peu probable que les sages-femmes puissent prévoir avec précision la clientèle qui a plus de risque d'avoir une issue indésirable.

L'interprétation des données probantes disponibles sur la prédiction des issues indésirables doit tenir compte du faible risque de complications, étant donné qu'une grande partie de la recherche abordée ci-dessous provient d'études d'observation qui fournissent une certitude des données probantes faible à très faible, et qu'elle utilise des rapports de cotes pour exprimer l'ampleur de l'effet, avec des estimations du risque absolu disponibles seulement pour quelques cas. Les risques relatifs et les rapports de cotes sont utilisés pour

indiquer combien de fois plus ou moins élevé est le risque d'un résultat dans un groupe (p. ex., les personnes qui planifient un AVAC) par rapport à un autre groupe (les personnes qui planifient un ACI). Bien que les rapports de cotes tendent à estimer des risques relatifs réels, lorsque les résultats sont rares (c.-à-d. qu'ils se produisent dans moins de 10 % des cas), leur utilité dans la pratique clinique peut être limitée(91). Afin d'augmenter l'utilité de ces résultats pour les sages-femmes, chaque facteur prédictif a été identifié comme contribuant à une probabilité plus ou moins élevée d'accouchement vaginal réussi ou de rupture utérine. Chaque facteur a ensuite été classé comme étant faiblement prédictif, modérément prédictif ou fortement prédictif (tableau 4 et tableau 5) de cette probabilité, en fonction de la taille de l'estimation d'association (le RC ou le RC ajusté). Les sages-femmes doivent savoir que l'utilisation d'une mesure relative de comparaison (comme le risque relatif ou un rapport de cotes) sans discuter du risque absolu durant des discussions permettant de faire des choix informés peut nuire à la compréhension du client de l'étendue de la complication abordée.

Antécédent d'accouchement vaginal antérieur **Probabilité d'accouchement vaginal: plus élevée**

Les données provenant de cinq études (n = 10 546) montrent qu'un historique d'accouchement vaginal antérieur est un facteur prédictif fort d'AVAC réussi. Dans une méta-analyse,

les parents qui ont eu un accouchement vaginal antérieur avaient deux fois plus de chances (RC ajusté = 2,15, IC de 95 % de 1,52 à 3,04) d'avoir un AVAC réussi pour leur accouchement actuel, par rapport à ceux qui n'ont pas eu d'accouchement vaginal antérieur(92–96).

Probabilité de rupture utérine : plus faible

Un antécédent d'accouchement vaginal antérieur est également associé à une diminution modérée de la morbidité associée à l'AVAC. Les données provenant d'une méta-analyse de quatre études d'observation (n = 76 952) ont révélé qu'un historique d'accouchement vaginal est associé à de plus faibles probabilités de rupture utérine (RC ajusté = 0,42, IC de 95 % de 0,32 à 0,56) chez les parents qui planifient un AVAC(39,97–99).

Intervalle entre les accouchements inférieur à 24 mois

Probabilité d'accouchement vaginal : plus élevée

Dans une méta-analyse de deux études (n = 38 421), un intervalle entre les accouchements inférieur à 24 mois après une césarienne était un facteur prédictif faible d'un accouchement vaginal réussi (RC = 1,18, IC de 95 % de 1,12 à 1,23) durant un AVAC planifié par rapport à un intervalle plus grand ou égal à 24 mois entre les accouchements(100,101). Bien que la méta-analyse montre qu'un intervalle d'accouchement inférieur à 24 mois entraîne un taux légèrement plus élevé d'accouchement vaginal, la différence réelle dans les taux d'accouchement vaginal entre les catégories d'intervalle est faible. De plus, les taux plus faibles d'accouchement vaginal associés à un intervalle supérieur ou égal à 24 mois entre les accouchements peuvent être biaisés par certaines variables qui influencent le processus de prise de décisions durant l'AVAC planifié, notamment l'âge et l'IMC du parent donnant naissance. Bien que ces résultats suggèrent qu'un intervalle plus court entre les accouchements n'est pas nécessairement associé à une diminution des chances d'accouchement vaginal durant l'AVAC, d'autres recherches sont nécessaires pour confirmer ces résultats.

Probabilité de rupture utérine : plus élevée

Une méta-analyse de 79 690 personnes participantes (quatre études) suggère qu'un intervalle inférieur à 24 mois entre les accouchements est un facteur prédictif fort de rupture utérine qui augmente de presque deux fois le risque de rupture utérine (RC = 1,99, IC de 95 % de 1,49 à 2,68) par rapport aux parents donnant naissance dont l'intervalle entre les accouchements est supérieur ou égal à 24 mois (98,100–102).

IMC supérieur à 25 kg/m²

La documentation disponible qui compare les résultats pour les parents donnant naissance avec différents IMC qui planifient un AVAC est difficile à interpréter, car les études de recherche ont utilisé différents niveaux d'IMC pour évaluer les résultats. Pour faciliter notre compréhension, deux analyses différentes ont été effectuées lorsque des données d'études étaient disponibles :

- Les parents donnant naissance ayant un IMC de 25 à 29,9 kg/m² (« surpoids ») par rapport à ceux ayant un IMC inférieur à 25 kg/m² (« recommandé »).
- Les parents donnant naissance ayant un IMC de plus de 30 kg/m² (« obèse ») par rapport à ceux ayant un IMC inférieur à 25 kg/m² (« recommandé »).

Probabilité d'accouchement vaginal : plus faible

Une méta-analyse de 8771 parents donnant naissance (trois études) a révélé une association faible entre l'IMC et l'accouchement vaginal. Les résultats suggèrent que les probabilités d'avoir un accouchement vaginal peuvent être plus faibles chez les personnes avec un IMC de 25 à 29,9 kg/m² ou un IMC supérieur à 30 kg/m² que chez celles dont l'IMC se trouve dans la plage recommandée (< 25 kg/m²), même en tenant compte de facteurs de risque de confusion comme le poids du nouveau-né à la naissance, l'âge gestationnel à la naissance et le déclenchement du travail(96,103,104).

Les recherches sur les taux d'intervention chez les personnes ayant un IMC supérieur ou égal à 25 kg/m² sont potentiellement faussées par un « effet d'étiquetage ». Les chercheurs ont dénoté une tendance à intervenir plus rapidement et plus souvent lorsque les personnes ont un IMC supérieur ou égal à 25 kg/m² et ont observé des taux plus élevés d'utilisation de l'ocytocine, de l'analgésie épidurale, des forceps et de la ventouse ainsi qu'une décision plus rapide d'effectuer une césarienne qui persistent après avoir ajusté la prévalence plus élevée de diabète gestationnel, de prééclampsie et de macrosomie dans ce groupe(105).

Probabilité de rupture utérine : aucune différence notée

Les données provenant de deux études qui comprenaient 20 860 parents donnant naissance ne dénotent aucune différence entre les taux de rupture utérine chez les personnes participantes qui ont un IMC entre 25 et 29,9 kg/m² ou supérieur à 30 kg/m² et celles qui ont un IMC inférieur à 25 kg/m²(103,106). Étant donné que la rupture utérine est un résultat rare, de plus grands échantillons sont nécessaires pour fournir des résultats

précis qui nous permettraient de comprendre l'incidence de l'IMC sur les taux de rupture utérine.

Pour obtenir de plus amples renseignements sur la gestion de la grossesse chez la clientèle ayant un IMC élevé, consultez le guide de pratique clinique n° 12 de l'AOM : La gestion d'un indice de masse corporelle élevé ou faible durant la grossesse - Mise à jour 2019(107).

Âge supérieur ou égal à 35 ans

Probabilité d'accouchement vaginal : plus faible

Le risque de césarienne augmente avec l'âge, peu importe l'historique en matière d'obstétrique(108). Les recherches visant à évaluer la relation entre un âge supérieur ou égal à 35 ans et les probabilités d'un AVAC réussi suggèrent de façon similaire une possibilité modérée de césariennes répétées. Par exemple, les données recueillies auprès de 826 parents donnant naissance (deux études) ont révélé que les personnes participantes qui avaient 35 ans et plus et qui planifiaient un AVAC étaient moins susceptibles (RC = 0,61, IC de 95 % de 0,41 à 0,90) d'avoir un accouchement vaginal que celles qui étaient âgées de moins de 35 ans(92,94). Les deux études ont été ajustées en fonction de facteurs potentiels de confusion comme la technique de fermeture utérine et le poids du nouveau-né, ce qui augmente notre confiance envers ces résultats.

Probabilité de rupture utérine : peut être plus élevée

Un âge supérieur ou égal à 35 ans peut également augmenter modérément le risque de rupture utérine. Après avoir contrôlé d'autres facteurs de confusion comme le poids du nouveau-né et la technique de fermeture utérine, les résultats provenant de 11 134 personnes participantes montrent qu'un âge supérieur ou égal à 35 ans est associé à une plus grande probabilité de rupture utérine durant un AVAC par rapport à des parents donnant naissance âgés de moins de 35 ans (RC = 1,44, IC de 95 % de 0,64 à 3,26) (100,109). Le large intervalle de confiance affecte la précision de ces résultats, et la rupture utérine est une issue rare. Davantage de recherches effectuées auprès d'un plus grand nombre de personnes participantes sont nécessaires pour comprendre clairement l'incidence de l'âge sur le risque de rupture utérine.

Épaisseur du segment inférieur utérin de moins de 2 mm

De manière générale, les personnes qui ont un historique de césarienne ont un segment inférieur utérin plus mince à terme. La mesure par échographie du segment inférieur utérin est l'une des approches utilisées pour évaluer le risque

de rupture utérine. Les techniques de mesure comprennent la mesure de la partie la plus mince ou de l'épaisseur totale du segment inférieur utérin(110). La précision interobservateur et intraobservateur des mesures s'est avérée fiable lorsque les techniciens et techniciennes sont bien formés(111).

Probabilité de rupture utérine : plus élevée

Une méta-analyse de 21 études (n = 2776) portait sur la précision des différentes mesures d'épaisseurs du segment inférieur utérin pour prédire le risque de rupture utérine. Les auteurs de l'étude ont découvert qu'une épaisseur totale du segment inférieur utérin de 3,1 à 5,1 mm et une épaisseur du myomètre de 2,1 à 4,0 mm avaient un fort pouvoir de prédiction négatif. Inversement, il a été découvert qu'une épaisseur totale du segment inférieur utérin de moins de 2,0 mm avait un fort pouvoir de prédiction positif pour l'occurrence de rupture utérine, ce qui suggère qu'il est plus probable que les personnes qui ont un segment inférieur utérin plus mince qui planifient un AVAC subissent une rupture utérine(112).

Ces résultats sont appuyés par des recherches canadiennes qui ont mesuré l'épaisseur totale du segment inférieur utérin chez 236 personnes participantes entre 35 et 38 semaines de gestation, et qui ont révélé qu'une épaisseur totale du segment inférieur utérin de moins de 2,3 mm (par rapport à une épaisseur totale supérieure ou égale à 2,3 mm) était associée à une augmentation importante de rupture utérine (RC ajusté = 4,66, IC de 95 % de 1,04 à 20,91). Dans cette étude, le segment inférieur utérin était examiné de manière longitudinale et transversale, et mesuré à trois endroits différents. La valeur la plus faible était sélectionnée(111).

La mesure de l'épaisseur totale du segment inférieur utérin pourrait être un outil de dépistage prometteur. Toutefois, les recherches actuellement disponibles ne parviennent pas à établir une norme pour mesurer l'épaisseur du segment inférieur utérin, car il n'y a pas de consensus quant aux couches du segment inférieur utérin qui doivent être mesurées et à la méthode utilisée (mesure par échographie transabdominale ou transvaginale). De plus, les études disponibles n'ont pas encore déterminé de mesure absolue à laquelle le risque de rupture utérine augmente de façon significative. Davantage de recherches et une normalisation de la technique pourraient changer la donne, mais cette approche visant à prédire une augmentation des risques nécessite une plus grande utilisation des technologies et davantage d'interventions durant la grossesse, sans qu'il y ait de preuves à l'appui pour démontrer que ces interventions amélioreront les résultats.

Technique de fermeture lors de la césarienne (suture en un seul plan)

Probabilité de rupture utérine : plus élevée

Il a été suggéré que la variation des techniques chirurgicales lors d'une césarienne est un facteur qui influence le risque de rupture utérine chez les parents donnant naissance qui planifient un AVAC. Quatre études d'observation (n = 48 159) qui comparaient les taux de rupture utérine entre les parents donnant naissance qui avaient déjà eu une césarienne avec une suture en un seul plan et ceux qui avaient eu une suture de l'utérus en deux plans ont été trouvées(98–100,109). Toutes les études comprises dans cette analyse ont été ajustées en fonction de certains facteurs potentiels de confusion comme l'âge, le statut de déclenchement, l'utilisation de l'analgésie épidurale et le poids de naissance. Les résultats suggèrent qu'une suture en un seul plan est un facteur de prédiction modéré d'une augmentation des probabilités de rupture utérine par rapport à une fermeture en deux plans (RC = 1,73, IC de 95 % de 1,17 à 2,55).

Deux césariennes antérieures ou plus

Probabilité d'accouchement vaginal : plus faible

Les données provenant de six études d'observation (n = 55 250) ont révélé une faible association entre un historique de deux césariennes antérieures ou plus et un accouchement vaginal réussi. Les résultats suggèrent qu'il est moins probable que les personnes qui ont eu deux césariennes ou plus accouchent par voie vaginale (RC = 0,78, IC de 95 % de 0,73 à 0,83) durant un AVAC planifié que les personnes qui ont eu une seule césarienne antérieure(113).

Probabilité de rupture utérine : plus élevée

Un historique de deux césariennes antérieures ou plus est un facteur prédictif fort de rupture utérine. Dans une méta-analyse de 55 250 parents donnant naissance, ceux qui avaient eu deux césariennes ou plus couraient deux fois plus de risques (RC = 2,36, IC de 95 % de 1,82 à 3,07) de subir une rupture utérine durant un AVAC planifié que ceux qui avaient eu une seule césarienne antérieure(113).

Il existe très peu de recherches disponibles sur les issues indésirables associées à trois césariennes antérieures ou plus. Une étude de 2010 a comparé la morbidité des parents donnant naissance qui avaient eu trois césariennes ou plus avec celle des parents donnant naissance qui avaient eu une ou deux césariennes antérieures. Les taux d'accouchement vaginal des personnes participantes de l'étude qui avaient choisi l'AVAC (89/860) n'étaient pas vraiment différents des taux de celles qui avaient eu une ou deux césariennes

antérieures. Il n'y a eu aucune rupture utérine. Cette étude, bien qu'elle soit de petite envergure, commence à aborder une lacune importante sur le plan de la recherche en ce qui concerne la connaissance des résultats pour les personnes qui ont eu trois césariennes antérieures ou plus(114).

Cicatrice utérine inconnue

Il existe peu de données probantes disponibles sur la relation entre les cicatrices utérines inconnues et la rupture utérine durant l'AVAC planifié. Les taux de rupture utérine signalés pour tous les types de cicatrices sont les suivants :

- Incision transversale du segment inférieur : 0,7 %
- Incision verticale du segment inférieur : 2,0 %
- Cicatrice utérine inconnue : 0,5 %
- Incision antérieure classique, inversée en T ou en J (et présentée lorsque le travail est avancé et qu'un AVAC a été planifié) : 1,9 % (36)

Probabilité de rupture utérine : plus faible

Une étude d'observation prospective qui examinait les différences dans les taux de rupture utérine entre les parents donnant naissance qui avaient un AVAC planifié avec une cicatrice utérine inconnue et ceux qui avaient une cicatrice utérine connue (c.-à-d. césarienne du segment inférieur) a été trouvée(36). La probabilité de rupture durant un AVAC planifié chez les parents donnant naissance qui ont une cicatrice utérine inconnue pourrait être inférieure à celle des parents qui ont une cicatrice utérine de césarienne du segment inférieur (RC = 0,64, IC de 95 % de 0,37 à 1,11). Cependant, la petite taille de l'échantillon entraîne des résultats imprécis et un large intervalle de confiance, ce qui limite notre capacité à tirer des conclusions définitives au sujet de la nature prédictive de ce facteur.

Grossesse gémellaire

Probabilité de rupture utérine : plus élevée

Les données provenant de deux études d'observation (n = 25 191) montrent qu'une grossesse gémellaire peut augmenter les probabilités de rupture utérine (RC = 1,36, IC de 95 % de 0,51 à 3,67), mais les études n'étaient pas assez puissantes pour fournir des résultats précis(115,116).

Macrosomie

La macrosomie est associée à une probabilité plus élevée de première césarienne, peu importe l'historique en matière de césarienne(117). La recherche démontre également une diminution des probabilités d'AVAC lorsque les nourrissons ont un poids supérieur ou égal à 4000 g. La probabilité d'AVAC lorsque les nourrissons ont un poids supérieur ou

égal à 4500 g est encore plus faible par rapport à ceux qui ont un poids entre 4000 et 4499 g(23). Bien que la macrosomie soit associée à une plus faible probabilité d'AVAC, il est très difficile de déterminer si un nourrisson pèsera plus de 4000 g avant sa naissance, car ni l'échographie ni l'examen physique ne peut prédire de façon précise la macrosomie(118). Comme pour l'IMC et l'âge, les recherches évaluant les résultats obstétricaux des accouchements par rapport au poids de naissance peuvent être biaisées par un « effet d'étiquetage »(19).

Probabilité d'accouchement vaginal : plus faible

Nous avons trouvé une étude rétrospective (n = 9960) qui faisait état de différences entre les taux d'accouchement vaginal chez les parents donnant naissance qui avaient planifié un AVAC après une seule césarienne antérieure avec des poids de naissance du nouveau-né variables. Les personnes étaient incluses dans cette étude si elles avaient une grossesse simple et un historique d'une seule césarienne antérieure. Les auteurs de l'étude ont découvert qu'un AVAC avait eu lieu dans :

- 68 % des accouchements avec des poids de naissance inférieurs à 4000 g;
- 52 % des accouchements avec des poids de naissance entre 4000 et 4249 g;
- 45 % des accouchements avec des poids de naissance entre 4250 g et 4500 g;
- 38 % des accouchements avec des poids de naissance supérieurs à 4500 g(119).

Dans une analyse supplémentaire de la relation entre la probabilité d'un AVAC réussi pour les personnes participantes et leurs méthodes d'accouchement précédentes, les auteurs de l'étude ont découvert que le poids de naissance était fortement associé à la probabilité d'un accouchement vaginal seulement chez les personnes participantes qui n'avaient pas eu d'accouchement vaginal antérieur. Parmi les personnes participantes qui avaient un historique d'accouchement vaginal et de césarienne, la probabilité qu'un AVAC se passe comme prévu n'a pas été influencée par le poids de naissance(119). Dans cette étude rétrospective, lorsque le poids de naissance du nouveau-né était plus élevé que 4000 g, la probabilité d'AVAC diminuait.

Probabilité de rupture utérine : plus élevée

Parmi les personnes participantes qui avaient un historique d'accouchement vaginal et de césarienne, le risque de rupture utérine n'était pas associé au poids de naissance. À titre de comparaison, un historique d'aucun accouchement vaginal et de poids de naissance supérieur ou égal à 4000 g est un facteur prédictif fort de rupture utérine; les personnes participantes qui correspondaient à ce critère couraient deux fois plus de risques de subir une rupture utérine que celles qui n'avaient pas eu d'accouchement vaginal antérieur et dont le poids de naissance du nouveau-né était inférieur à 4000 g (RC = 2,35, IC de 95 % de 1,39 à 3,99, p = 0,0014)(119).

TABEAU 4 : FACTEURS PRÉDICTIFS D'UN ACCOUCHEMENT VAGINAL

Facteur prédictif	RC regroupé ou RC ajusté	Interprétation
Facteur prédictif fort (RC > 1,75 ou < 0,25)		
Accouchement vaginal antérieur	2,15 (IC de 95 % de 1,52 à 3,04)	Augmente les probabilités d'un accouchement vaginal réussi
Facteur prédictif modéré (RC = 1,25-1,75 ou 0,26-0,75)		
Âge ≥ 35	0,61 (IC de 95 % de 0,41 à 0,90)	Diminue les probabilités d'un accouchement vaginal réussi
Facteur prédictif faible (RC < 1,25 et > 0,76)		
Intervalle entre les accouchements inférieur à 24 mois	1,17 (IC de 95 % de 1,12 à 1,23)	Augmente les probabilités d'un accouchement vaginal réussi
IMC de 25 à 29,9	0,78 (IC de 95 % de 0,67 à 0,90)	Diminue les probabilités d'un accouchement vaginal réussi
IMC > 30	0,76 (IC de 95 % de 0,20 à 2,94)	Peut diminuer les probabilités d'un accouchement vaginal réussi
Césariennes multiples	0,78 (IC de 95 % de 0,73 à 0,83)	Diminue les probabilités d'un accouchement vaginal réussi
Macrosomie	0,85 (IC de 95 % de 0,77 à 0,93)	Diminue les probabilités d'un accouchement vaginal réussi
• (4000-4249 g)	0,77 (IC de 95 % de 0,66 à 0,89)	
• (> 4500 g)	0,70 (IC de 95 % de 0,57 à 0,87)	

TABLEAU 5: FACTEURS PRÉDICTIFS DE RUPTURE UTÉRINE

Facteur prédictif	RC regroupé ou RC ajusté	Interprétation
Facteur prédictif fort (RC > 1,75 ou < 0,25)		
Césariennes multiples	2,36 (IC de 95 % de 1,82 à 3,07)	Augmente les probabilités de rupture utérine
Macrosomie	2,35 (IC de 95 % de 1,39 à 3,99)	Augmente les probabilités de rupture utérine
Intervalle entre les accouchements inférieur à 24 mois	1,99 (IC de 95 % de 1,49 à 2,68)	Augmente les probabilités de rupture utérine
Facteur prédictif modéré (RC = 1,25-1,75 ou 0,26-0,75)		
Accouchement vaginal antérieur	0,42 (IC de 95 % de 0,32 à 0,56)	Diminue les probabilités de rupture utérine
Technique de fermeture lors de la césarienne (suture en un seul plan)	1,73 (IC de 95 % de 1,17 à 2,55)	Augmente les probabilités de rupture utérine
Âge ≥ 35	1,44 (IC de 95 % de 0,64 à 3,26)	Peut augmenter les probabilités de rupture utérine
Cicatrice utérine inconnue	0,64 (IC de 95 % de 0,37 à 1,11)	Peut diminuer les probabilités de rupture utérine
Jumeaux	1,36 (IC de 95 % de 0,51 à 3,67)	Peut augmenter les probabilités de rupture utérine
Facteur prédictif faible (RC < 1,25 et > 0,76)		
IMC de 25 à 29,9	1,10 (IC de 95 % de 0,72 à 1,66)	Aucune différence notée
IMC > 30	0,92 (IC de 95 % de 0,60 à 1,41)	Aucune différence notée

Énoncés de bonnes pratiques

- Les sages-femmes doivent discuter avec leur clientèle des facteurs pertinents qui peuvent influencer les probabilités d'AVAC ou le risque de rupture utérine. Elles doivent aviser la clientèle que de tels facteurs ne sont pas des contre-indications à la planification d'un AVAC, mais qu'ils peuvent être des facteurs à considérer en ce qui concerne leurs soins durant le travail. [2021]

Cet énoncé de bonne pratique reconnaît la clientèle à titre de décideuse principale. Il reconnaît que la présence d'un ou de plusieurs de ces facteurs ne permet pas nécessairement de prédire une rupture utérine ou un AVAC réussi, et que par conséquent, ces facteurs ne limitent pas le choix.

- Durant l'élaboration du plan de soins pour une clientèle qui planifie un AVAC, la sage-femme doit tout mettre en œuvre pour obtenir une copie du dossier de chirurgie de la césarienne antérieure. L'incapacité à obtenir une copie du dossier n'est pas une contre-indication à l'AVAC planifié, mais elle doit être indiquée dans le dossier de la personne. [2021]

Cet énoncé de bonne pratique reconnaît les sages-femmes à titre de fournisseuses de soins principales qui possèdent les connaissances, les compétences et le jugement pour offrir des soins à la clientèle qui planifie un AVAC.

GESTION DU TRAVAIL POUR LA CLIENTÈLE QUI PLANIFIE UN AVAC

Les soins pour une clientèle ayant un historique de césarienne du segment inférieur font partie du champ de pratique des sages-femmes; une césarienne antérieure n'est pas une indication pour une consultation ou un transfert de soins auprès d'un médecin. En l'absence de complications, il est attendu que la sage-femme demeure la fournisseuse de soins principale de la clientèle avec

un historique de césarienne du segment inférieur antérieure pour la durée de la grossesse et les six premières semaines post-partum.

Considérations prénatales

De manière générale, la sage-femme discutera de la gestion périnatale du travail de l'AVAC dans le contexte des

circonstances cliniques particulières de la personne. Ces informations, ainsi que les valeurs et la tolérance au risque de la personne, auront une influence sur la prise de décisions entourant le travail et l'accouchement. Bien que les recherches de la plus grande qualité et les plus récentes, ainsi que les groupes canadiens d'élaboration des lignes directrices (AOM, PCMCH, SOGC), appuient l'AVAC en tant que choix sécuritaire pour la majorité des personnes qui ont eu une césarienne du segment inférieur antérieure, ce ne sont pas toutes les normes hospitalières et communautaires qui reflètent cette pratique fondée sur des données probantes. Néanmoins, les normes communautaires concernant l'AVAC, et les protocoles hospitaliers et des groupes de pratique ainsi que les lignes directrices cliniques pertinentes pour les sages-femmes et en matière d'obstétrique doivent être abordés durant la période prénatale avec la clientèle qui planifie un AVAC, car ces considérations peuvent influencer les soins. Les discussions permettant de faire des choix informés devraient comprendre : les pratiques de monitoring fœtal, les options de gestion de la douleur, l'accès intraveineux, le choix du lieu de naissance et l'accès à du soutien chirurgical d'urgence ainsi que le moment où la clientèle veut y avoir accès, au besoin.

Déclenchement du travail durant un AVAC planifié

Déclenchement par rapport à la prise en charge non interventionniste

Nous avons trouvé une étude d'observation qui comparait les résultats de 6033 personnes participantes qui avaient eu une césarienne antérieure et qui avaient vécu le déclenchement du travail aux résultats des personnes qui avaient eu une prise en charge non interventionniste(120). Cette comparaison est pertinente, car le groupe qui a eu une prise en charge non interventionniste comprend les personnes participantes qui ont eu des expériences de travail spontané et celles dont l'accouchement a finalement été déclenché.

Les résultats de cette étude (*très faible certitude des données probantes*) suggèrent que le déclenchement du travail peut augmenter les taux de césarienne (RR = 1,43, IC de 95 % de 1,34 à 1,54) ainsi que la morbidité ou la mortalité du parent donnant naissance (RR = 1,49, IC de 95 % de 1,08 à 2,06), mais ils dénotent peu ou pas de différence dans les taux de morbidité ou de mortalité néonatale (RR = 0,57, IC de 95 % de 0,18 à 1,79)(120).

Déclenchement par rapport au travail spontané

Bien qu'une population qui a eu une prise en charge non interventionniste fournisse une comparaison plus

appropriée avec les parents donnant naissance dont le travail est déclenché, la majorité des données disponibles proviennent d'études qui comparent les résultats de ceux dont le travail a été déclenché et de ceux qui ont eu un travail spontané. Nous avons trouvé neuf études d'observation (n = 32 458) qui comparaient les résultats des parents dont le travail a été déclenché avec de l'ocytocine, des prostaglandines, des sondes de Foley, du misoprostol ou l'amniotomie (ou une combinaison de ces méthodes) avec les résultats des parents qui avaient eu un travail spontané. Les méthodes de déclenchement mentionnées dans chaque étude ont été analysées ensemble pour former le groupe « déclenchement ». Les variations dans les méthodes de déclenchement utilisées dans les études incluses, en plus des variations dans le moment des déclenchements, peuvent potentiellement biaiser nos résultats et par conséquent, ils doivent être interprétés avec prudence.

Six études d'observation (*très faible certitude des données probantes*) qui comprenaient 25 646 parents en travail révèlent que le déclenchement du travail durant un AVAC planifié peut réduire le taux d'accouchement vaginal (RR = 0,89, IC de 95 % de 0,85 à 0,93, p < 0,00001), ce qui entraîne une réduction potentielle de 83 personnes participantes par 1000 (de 113 de moins à 53 de moins) qui ont un accouchement vaginal par rapport à celles qui ont eu un travail spontané(121–126). Notre certitude concernant ces données probantes a été évaluée comme étant très faible en raison du manque d'ajustement en fonction des facteurs de confusion dans certaines des études incluses et des différences observables entre les personnes participantes dont le travail a été déclenché et celles qui ont vécu un travail spontané (comme un taux plus élevé de comorbidités dans les groupes dont le travail a été déclenché et d'importantes variations dans l'âge et l'IMC des groupes).

Les résultats regroupés provenant de neuf études d'observation (*très faible certitude des données probantes*) qui comprenaient 31 032 personnes participantes démontrent que le déclenchement du travail peut augmenter les taux de rupture utérine (RR = 1,66, IC de 95 % de 1,39 à 1,98, p < 0,00001) parmi celles qui planifient un AVAC, bien que nous ne soyons pas certains de ces résultats(92,98,121–125,127,128).

Trois études d'observation (*faible niveau de certitude des données probantes*) qui comprenait 6333 parents en travail révèlent une augmentation des taux de césarienne avec le déclenchement du travail par rapport au travail spontané : 116 personnes participantes de plus (de 23 de plus à 236 de plus) par 1000 pourraient avoir une césarienne lorsque leur

travail est déclenché (RR = 1,45, IC de 95 % de 1,09 à 1,92, p = 0,01)(123,126,127).

D'autres résultats (*très faible certitude des données probantes*) suggèrent que le déclenchement du travail chez les personnes qui planifient un accouchement vaginal et qui ont eu une césarienne antérieure n'entraîne peu ou pas de différence dans les taux d'accouchement vaginal instrumental/avec intervention(121,123,126), de mortalité périnatale(121,127), de transfusion sanguine(122,125,127),

d'infection perinatale et post-partum(122,123,125,127) et de test d'Apgar inférieur à 7 à cinq minutes(92,121,123,125,126) par rapport à celles qui ont eu un accouchement spontané. Ces résultats manquent de précision, car très peu de personnes qui ont participé à l'étude ont obtenu ce résultat, entraînant ainsi de larges intervalles de confiance, ce qui limite notre certitude par rapport aux résultats.

Consultez le tableau 6 pour obtenir une analyse complète du risque relatif et de l'écart pour chaque résultat.

TABLEAU 6 : SOMMAIRE - DÉCLENCHEMENT VS TRAVAIL SPONTANÉ DURANT L'AVAC PLANIFIÉ

Résultat	Effet relatif (IC de 95%)	Écart pour les parents donnant naissance dont le travail a été déclenché
Accouchement vaginal	RR = 0,89 (0,85 à 0,93)	83 de moins par 1000 (de 113 de moins à 53 de moins)
Césarienne	RR = 1,45 (1,09 à 1,92)	116 de plus par 1000 (de 23 de plus à 236 de plus)
Accouchement vaginal instrumental/avec intervention	RR = 1,05 (0,81 à 1,38)	5 de plus par 1000 (de 21 de moins à 42 de plus)
Rupture utérine	RR = 1,81 (1,36 à 2,41)	8 de plus par 1000 (de 4 de plus à 14 de plus)
Mortalité périnatale	RR = 1,22 (0,25 à 6,04)	0 de moins par 1000 (de 1 de moins à 7 de plus)
Transfusion sanguine	RR = 1,74 (0,89 à 3,38)	4 de plus par 1000 (de 2 de moins à 14 de plus)
Infection perinatales et post-partum	RR = 1,71 (0,94 à 3,12)	18 de plus par 1000 (de 2 de moins à 55 de plus)
Test d'Apgar < 7 à cinq minutes	RR = 1,12 (0,81 à 1,54)	2 de plus par 1000 (de 4 de moins à 11 de plus)

Stimulation durant l'AVAC planifié

Nous avons trouvé trois études d'observation qui faisaient état des différences de résultats parmi les parents donnant naissance qui ont été stimulés à l'ocytocine et ceux qui ont eu un travail spontané durant l'AVAC planifié(97,98,129). Les personnes participantes de ces trois études avaient eu seulement une césarienne du segment inférieur et étaient, en moyenne, à terme (au moins 37 semaines de gestation).

Les résultats d'une étude d'observation (*très faible certitude des données probantes*) qui comprenait 790 parents en travail suggèrent qu'une stimulation du travail pendant un AVAC planifié n'a peu ou pas d'influence sur les taux d'accouchement vaginal par rapport à ceux qui ont un travail spontané (RR = 0,99, IC de 95 % de 0,91 à 1,08, p = 0,87), bien que nous ne soyons pas certains de ces résultats(129).

Les données regroupées provenant de deux études d'observation (*très faible certitude des données probantes*)

qui comprenaient 1246 parents en travail révèlent que la stimulation du travail durant un AVAC planifié peut augmenter les taux de rupture utérine (RR = 2,08, IC de 95 % de 1,24 à 3,47, p < 0,05), ce qui entraîne une augmentation potentielle de 199 personnes participantes par 1000 (de 44 de plus à 454 de plus) qui auront une rupture utérine par rapport à celles qui ont un travail spontané, bien que nous ne soyons pas certains de ces résultats(97,98).

La dystocie, qui entraîne la nécessité d'une stimulation, pourrait être le facteur de causalité qui influence les probabilités de tels résultats, comme l'accouchement vaginal et la rupture utérine, plutôt que la stimulation elle-même. En fait, il est possible que la stimulation augmente les probabilités d'accouchement vaginal en cas de dystocie, mais il serait difficile de distinguer clairement cette relation dans les cadres de recherche. De plus, les variations dans les protocoles de stimulation utilisés (dose élevée, dose faible) peuvent biaiser les résultats.

Recommandation

6. Les sages-femmes devraient évaluer les risques et les avantages du déclenchement ou de la stimulation pour l'AVAC planifié avec leur clientèle. Lorsque le déclenchement ou la stimulation est indiqué sur le plan médical, les sages-femmes peuvent l'offrir à leur clientèle.
 - Lorsqu'une sage-femme effectue un déclenchement ou une stimulation du travail auprès de la clientèle, elle doit mettre en place un plan clair de communication continue avec le médecin de garde et l'équipe interprofessionnelle au sujet de l'évolution du travail et du bien-être du parent donnant naissance et du fœtus. [nouveau 2021]

Recommandation ferme: très faible certitude des données probantes

Cette recommandation reconnaît la clientèle à titre de décideuse principale en ce qui concerne ses soins et elle reconnaît que l'AVAC est un moyen de réussir un accouchement physiologique. Elle accorde également de la valeur à l'importance de soins respectueux et à la collaboration interprofessionnelle afin d'offrir des options de soins à la clientèle.

Lacune sur le plan de la recherche: Solutions de rechange au déclenchement - Balayage des membranes, acupuncture et herbes médicinales

Les solutions de rechange aux méthodes de déclenchement pharmacologiques peuvent intéresser certaines personnes qui planifient un AVAC.

Une étude de petite envergure ((n = 213) a révélé que le balayage des membranes à terme chez les parents donnant naissance qui planifient un AVAC ne diminue pas la durée de la grossesse et n'a pas d'incidence sur le déclenchement ou sur les taux de césariennes répétées(130). Cependant, d'autres études plus vastes et non spécifiques à l'AVAC ont montré que le balayage des membranes est efficace pour réduire la durée de la grossesse et augmenter les taux de travail spontané(131–135). D'autres recherches sont nécessaires pour comprendre l'efficacité du balayage des membranes au sein de cette population.

De plus, il n'existe pas de données probantes à propos de la sûreté et de l'efficacité des herbes médicinales couramment utilisées, de l'homéopathie, de l'acupuncture ou de l'huile de ricin pour déclencher ou stimuler le travail chez les parents donnant naissance qui planifient un AVAC. Ce manque de données probantes doit être abordé avec la clientèle avant de considérer l'utilisation de ces méthodes.

Considérations concernant le déclenchement du travail: Méthodes optimales

Les questions de recherche concernant les méthodes de déclenchement durant l'AVAC planifié n'ont pas été examinées dans le cadre du processus d'élaboration des lignes directrices du GPC sur l'AVAC en 2011. Cependant, depuis 2011, la recherche associée aux méthodes optimales de déclenchement est devenue importante pour les sages-femmes. En 2019, l'Ordre des sages-femmes de l'Ontario a révisé sa norme sur la prescription et l'administration de médicament pour permettre aux sages-femmes de l'Ontario d'administrer de l'ocytocine de leur propre chef pour le déclenchement et la stimulation du travail, à condition qu'elles aient les compétences, les connaissances et le jugement nécessaires pour le faire(136). À la suite de cette modification, les sages-femmes de plusieurs communautés ont commencé à recommander et à gérer elles-mêmes le déclenchement et la stimulation du travail à l'ocytocine⁹.

Étant donné qu'un examen de la recherche concernant les méthodes optimales de déclenchement était en dehors du cadre de cette mise à jour, le comité du GPC a indiqué que les sages-femmes doivent se reporter à la ligne directrice «L'essai de travail (EDT) chez les femmes ayant déjà subi une césarienne» de la Société des obstétriciens et gynécologues du Canada pour connaître les recommandations concernant les méthodes de déclenchement du travail chez les personnes qui planifient un AVAC.

Surveillance fœtale en travail

À ce jour, il existe très peu de données probantes sur les méthodes de monitoring fœtal durant l'AVAC planifié. Seulement un essai clinique randomisé (*très faible certitude des données probantes*) effectué en Inde (n = 100) a été trouvé pour cet examen. Ces données probantes suggèrent que le monitoring électronique fœtal (MÉF) durant un AVAC planifié diminue les taux d'accouchement vaginal

(RR = 0,89, IC de 95 % de 0,68 à 1,16, p = 0,39), augmente les taux de césarienne (RR = 1,55, IC de 95 % de 0,81 à 2,96, p = 0,19) et n'a aucune influence sur les taux d'hémorragie post-partum, d'infection, de résultat au test d'Apgar et de sepsies néonatales. Ces résultats manquent de précision en raison de la petite taille de l'échantillon et des larges intervalles de confiance de l'étude, ce qui limite notre certitude par rapport aux résultats. De plus, les données

sur les taux de rupture utérine et les morbidités néonatales graves n'étaient pas disponibles en raison de la petite taille de l'échantillon de l'étude(137).

Malgré l'absence d'études pertinentes et de grande qualité comparant l'auscultation intermittente (IA) avec le MEF durant l'AVAC planifié, il est important pour les sages-femmes de savoir quand un accouchement rapide est justifié. Un signe qui s'est avéré être de façon constante un facteur de prédiction de rupture utérine est une fréquence cardiaque fœtale anormale(138). Une étude cas/témoins a comparé les caractéristiques de la fréquence cardiaque fœtale des accouchements avec rupture utérine durant l'AVAC (n = 36) par rapport à des AVAC sans rupture utérine (n = 100). Les seuls résultats qui différenciaient les cas de rupture utérine des AVAC complétés étaient l'augmentation des taux de bradycardie fœtale détectée lors du MEF durant le premier stade ($p < 0,01$) et le deuxième stade du travail ($p < 0,01$). Aucune différence importante n'a été repérée dans les taux de décélérations variables moyennes ou sévères, de décélérations tardives, de décélérations prolongées, de tachycardie fœtale ou de perte de tonus utérin(139).

D'autres signes classiques de rupture utérine comprennent l'hypotension, la tachycardie, l'hématurie ou des saignements vaginaux importants chez le parent donnant naissance. L'agitation du parent donnant naissance ou la perte de la présentation fœtale à l'examen vaginal peuvent être d'autres signes possibles(140). Il a été démontré que la douleur à l'incision utérine déjà présente n'est pas un signe fiable, puisque la douleur abdominale est difficile à évaluer durant la phase active du travail(137,141). Toutefois, une personne peut ressentir une douleur anormale, un changement soudain dans la douleur ou un niveau d'inquiétude anormal. Bien que ces derniers symptômes puissent être difficiles à évaluer de façon objective, les sages-femmes doivent être à l'affût des signaux verbaux et non verbaux de la clientèle. Il sera nécessaire d'effectuer davantage de recherche sur l'expérience de rupture utérine des personnes donnant naissance lorsque les soins sont prodigués par une sage-femme.

Les données probantes continuent d'être incomplètes en ce qui concerne les risques et les avantages comparatifs des méthodes de monitoring fœtal et des interprétations erronées des tracés de la fréquence cardiaque fœtale pouvant entraîner une augmentation des taux d'interventions, comme la césarienne, qui sont autrement injustifiées. Néanmoins, le MEF continu de routine pour les parents donnant naissance qui planifient un AVAC est devenu la norme dans de nombreuses communautés et est

recommandé par la SOGC(12). La capacité du MEF de routine de prédire la rupture utérine chez les personnes qui ont déjà eu une césarienne n'a pas été définitivement établie. De plus, l'avantage du MEF pour prévenir des résultats indésirables à long terme dans les grossesses et les accouchements normaux n'est pas clair(137). L'utilisation généralisée du MEF est associée à un taux plus élevé de césarienne, ce qui peut être un élément important à considérer chez les personnes qui tentent un AVAC(138,142).

Étant donné que la majorité des recherches sur la sécurité et les résultats de l'AVAC ont été effectuées à l'aide du MEF, il existe peu de données probantes sur les risques relatifs et absolus d'événements indésirables graves en son absence(137). En particulier, il existe peu de recherche sur la sécurité et les résultats de l'AVAC avec l'auscultation intermittente (AI) dans un contexte de soins prodigués par des sages-femmes qui comprend un soutien personnalisé continu. Il n'existe pas non plus de données probantes de bonne qualité pour déterminer la fréquence optimale de l'AI durant le travail. La prépondérance du MEF dans la recherche clinique peut contribuer à la perception que le MEF est une option plus « sécuritaire », malgré la petite quantité de données probantes concernant son efficacité pour prévenir les résultats indésirables.

En l'absence de données probantes évidentes, l'American College of Nurse-Midwives suggère le protocole d'AI suivant : toutes les 15 à 30 minutes durant la phase active, toutes les 15 minutes durant la deuxième phase avant les efforts expulsifs et toutes les cinq minutes après le début des poussées, peuvent être des intervalles raisonnables(143). L'utilisation de l'AI pour surveiller le travail de l'AVAC peut causer un certain retard dans le diagnostic d'une rupture utérine par rapport au MEF si la rupture utérine se produit sans autres signes ou symptômes. Il est possible qu'un délai allant jusqu'à 15 minutes se produise si la rupture utérine se produit immédiatement après que la sage-femme ait vérifié la fréquence cardiaque fœtale et qu'aucun autre signe ou symptôme de rupture utérine autre que la bradycardie fœtale n'est présent.

Si le travail est prolongé, si des anomalies de la fréquence cardiaque fœtale sont entendues ou si d'autres signes ou symptômes associés à une rupture utérine sont présents, un MEF continu doit être amorcé. La nature personnalisée de l'auscultation intermittente et le fait de permettre à la clientèle de faire des choix informés concernant les types de monitoring fœtal peuvent améliorer la satisfaction en ce qui concerne le travail et l'accouchement(144).

Signes et symptômes de rupture utérine

- Bradycardie fœtale durant le premier et le second stade;
- Hypotension, tachycardie, hématurie ou saignements vaginaux importants chez le parent donnant naissance;
- Agitation du parent donnant naissance ou perte de la présentation fœtale à l'examen vaginal.

Recommandations

7. Le monitoring de la fréquence cardiaque fœtale peut être effectué des façons suivantes :

- Auscultation intermittente toutes les 15 minutes durant la phase active du travail et toutes les 5 minutes durant la deuxième phase;
- À l'aide du MÉF continu selon les protocoles actuels.

Avant le travail, il est important de discuter des risques et des avantages de l'AI et du MÉF avec la clientèle et de l'indiquer dans son dossier. [nouveau 2021]

Recommandation ferme: très faible certitude des données probantes

Cette recommandation reconnaît la clientèle à titre de décideuse principale en ce qui concerne ses soins. Elle reconnaît le savoir-faire des sages-femmes dans l'utilisation de l'AI et pour prodiguer des soins personnalisés continus.

8. Le MÉF continu doit être utilisé si le travail est prolongé ou pour toute anomalie de la fréquence cardiaque fœtale remarquée durant l'AI. [2011]

Recommandation ferme: très faible certitude des données probantes

Cette recommandation reconnaît la capacité de la sage-femme à reconnaître l'apparition de complications et à adapter les soins en fonction du portrait clinique.

Évolution du travail

La recherche a démontré que la dystocie peut être un facteur qui entraîne la diminution des taux d'accouchement vaginal après césarienne et qui augmente les risques de rupture utérine. Une revue systématique de 2019 de 94 études qui comprenaient 239 000 parents donnant naissance qui planifiaient un AVAC a révélé que la dystocie était fortement associée à une diminution des probabilités d'avoir un accouchement vaginal (RC = 0,54, IC de 95 % de 0,41 à 0,70)(145).

Une étude de cohorte basée sur une population de 2012 (n = 240 189) a examiné les facteurs de risque indépendants de rupture utérine et a démontré un RC de 5,69 (IC de 95 % de 3,21 à 10,07) pour la dystocie durant le premier stade du travail et un RC de 9,47 (IC de 95 % de 5/76 à 15,55) pour la dystocie durant le deuxième stade(146). La recherche

suggère une forte association entre la rupture utérine et le stade du travail. Les parents donnant naissance présentent un risque plus élevé de rupture utérine lorsque la dystocie se produit durant le deuxième stade (lorsque la dilatation est avancée) que durant le premier stade(146,147).

Ainsi, il est important pour les sages-femmes qui assistent des personnes durant le travail de l'AVAC de diagnostiquer de façon précise le déclenchement du travail actif et d'être vigilantes en ce qui concerne le travail prolongé. Si l'évolution du travail actif est considérée comme anormalement lente, une consultation doit être amorcée. Si une dystocie est détectée, une consultation en obstétrique doit être demandée et le monitoring fœtal continu, l'accès intraveineux et les analyses sanguines nécessaires pour préparer une césarienne ou l'analgésie épidurale doivent être entrepris, s'ils ne sont pas déjà en cours, en attendant la consultation.

Énoncés de bonnes pratiques

9. Pour la clientèle qui a un historique de césarienne, il est important que les sages-femmes détectent et documentent adéquatement le déclenchement du travail actif et qu'elles soient à l'affût d'un travail prolongé. [2021]

Cet énoncé de bonne pratique reconnaît la base de données probantes qui associe la dystocie au risque de rupture utérine. Il reconnaît également la capacité des sages-femmes à évaluer la clientèle en travail et à déterminer la nécessité d'une prise de décisions en temps opportun.

10. Pour la clientèle ayant un historique de césarienne et pour laquelle un travail prolongé a été établi, l'accès intraveineux et le MÉF continu doivent être amorcés s'ils ne sont pas déjà en cours. Si les tentatives des sages-femmes pour traiter une évolution lente sont infructueuses, elles doivent demander une consultation en obstétrique. [nouveau 2021]

Cet énoncé de bonne pratique reconnaît la continuité des soins et la capacité des sages-femmes à évaluer la nécessité d'une collaboration interprofessionnelle en fonction du portrait clinique.

Utilisation de l'analgésie épidurale durant l'AVAC planifié

Il n'y a pas de données probantes démontrant que la clientèle qui a un AVAC doit être restreinte dans son choix d'analgésie ou d'anesthésie pour soulager la douleur. Les données probantes provenant de trois études d'observation ont examiné les différences dans les résultats chez les personnes qui avaient reçu ou non l'analgésie épidurale durant un AVAC planifié(148–150).

Les résultats regroupés provenant de trois études d'observation (*très faible certitude des données probantes*) qui comprenaient 7587 parents donnant naissance ont démontré que l'utilisation de l'analgésie épidurale durant l'AVAC planifié pouvait diminuer les taux d'accouchement vaginal spontané (RR = 0,79, IC de 95 % de 0,65 à 0,97, $p = 0,02$)(148–150). Inversement, deux études (*très faible certitude des données probantes*) qui comprenaient 7248 personnes en travail montrent que l'utilisation de l'analgésie épidurale peut tripler le risque d'accouchement vaginal instrumental/avec intervention (RR = 3,56, IC de 95 % de 2,02 à 6,29, $p < 0,0001$)(149,150). Toutefois, ces résultats étaient considérés comme indirects, car la population comprenait des nouveau-nés prématurés et à terme et des grossesses après terme.

Les données probantes provenant d'une étude (*très faible certitude des données probantes*) qui comprenait 7149 parents donnant naissance démontrent que l'utilisation de l'analgésie épidurale durant l'AVAC planifié peut tripler les probabilités d'utiliser de l'ocytocine durant le travail (RR = 3,47, IC de 95 % de 3,01 à 4,01, $p < 0,00001$), bien que nous ne soyons pas certains de ces résultats(150). Il n'était pas indiqué clairement si les personnes participantes avaient reçu l'ocytocine avant ou après l'administration de l'analgésie épidurale, ce qui permettait difficilement de conclure si l'analgésie épidurale entraîne la nécessité d'une stimulation à l'ocytocine.

D'autres méta-analyses (*très faible certitude des données probantes*) révèlent que l'utilisation de l'analgésie épidurale durant l'AVAC planifié peut faire peu ou pas de différence dans les taux de césarienne ($n = 7587$; RR = 2,25, IC de 95 % de 0,55 à 9,24, $p = 0,26$), de rupture utérine ($n = 7149$; RR = 1,50, IC de 95 % de 0,68 à 3,34, $p = 0,32$) et d'hémorragie post-partum ($n = 7149$; RR = 0,96, IC de 95 % de 0,71 à 1,28, $p = 0,77$)(148–150). Notre confiance en ces résultats est très faible, car il y avait d'importantes préoccupations au sujet du manque de contrôle des facteurs de confusion qui peuvent influencer ces résultats, y compris

l'âge gestationnel, l'historique d'accouchement vaginal antérieur et le déclenchement du travail.

Autres considérations concernant l'utilisation de l'analgésie épidurale

Bien que l'analgésie épidurale puisse simplifier la préparation à l'intervention chirurgicale en cas de nécessité, cet avantage potentiel doit être équilibré avec les risques associés à l'analgésie épidurale, qui comprennent des concentrations plasmiqes plus faibles d'ocytocine après l'insertion épidurale(151) et l'augmentation de l'utilisation de la stimulation à l'ocytocine avec l'analgésie épidurale(152). Comme pour toutes les formes médicales de soulagement de la douleur, les risques et les avantages de l'analgésie épidurale doivent être abordés avec la clientèle afin de l'aider à prendre une décision informée.

D'autres considérations au sujet de l'utilisation de l'analgésie épidurale durant l'AVAC planifié sont l'association entre le dosage de l'analgésie épidurale et le risque de rupture utérine. Une étude cas/témoin cherchait à estimer l'association entre le dosage de l'analgésie épidurale et le risque de rupture utérine lors d'une tentative d'AVAC. (153) Le moment de la dose, la fréquence et la quantité ont été comparés. Parmi 804 personnes participantes, 504 (62,7 %) avaient reçu l'analgésie épidurale. Une relation dose-effet a été établie entre le nombre de doses d'analgésie épidurale et le risque de rupture utérine. Après avoir contrôlé la durée totale du travail, quatre doses ou plus d'analgésie épidurale durant les 90 dernières minutes du travail correspondaient à un risque de rupture utérine huit fois plus élevé (IC de 95 %, 5,4 à 18,2)(153).

Une deuxième considération est le potentiel que l'analgésie épidurale masque la douleur abdominale associée à une rupture utérine. Une étude rétrospective a comparé les expériences de 200 personnes participantes qui ont subi des césariennes répétées avec ou sans douleur abdominale basse persistante. La douleur abdominale basse persistante a été fortement associée à une rupture utérine (RC = 28,36, IC de 95 % de 2,12 à 379,42)(154). La douleur abdominale basse n'était pas associée à des contractions utérines et un autre élément important est que l'analgésie épidurale ne masquait pas la douleur. Comme mentionné ci-dessus, la bradycardie fœtale demeure le principal marqueur de rupture utérine et la plupart des personnes qui reçoivent une analgésie épidurale seront surveillées à l'aide du MÉF. Le risque de manquer les signes de rupture utérine et de retarder les interventions nécessaires demeure faible.

Recommandation

11. Pour les personnes qui ont un historique de césarienne, l'analgésie épidurale n'est pas contre-indiquée.
- Pour la clientèle que cette méthode de soulagement de la douleur intéresse, les risques et les avantages de l'analgésie épidurale durant l'AVAC planifié doivent être abordés. [nouveau 2021]

Recommandation ferme: très faible certitude des données probantes

Cette recommandation reconnaît la clientèle à titre de décideuse principale, reflète une base de données probantes indiquant que l'utilisation de l'analgésie épidurale ne dissimule pas les symptômes de rupture utérine et soutient les sages-femmes dans l'administration des soins principaux pour la surveillance et le maintien de l'analgésie épidurale.

Énoncé de bonne pratique

12. Une consultation rapide doit être amorcée si la personne en travail ressent une douleur inhabituelle ou si l'analgésie épidurale est utilisée, mais qu'elle n'est pas efficace. [2011]

Cet énoncé de bonne pratique reconnaît la capacité des sages-femmes à détecter l'apparition de complications et à travailler de façon interprofessionnelle pour offrir des soins sécuritaires et d'excellente qualité à la clientèle.

CHOIX DU LIEU DE NAISSANCE DURANT UN AVAC PLANIFIÉ

Bien que la sécurité et les résultats de l'AVAC planifié hors de l'hôpital demeurent peu étudiés, les recherches des dernières années ont fourni une base solide pour guider la prise de décisions.

Une sous-analyse de 2016 sur le lieu de naissance historique dans une étude de cohorte prospective nationale anglaise a examiné les différences dans les résultats des personnes participantes qui planifiaient accoucher à domicile ou à l'hôpital après au moins une césarienne antérieure. Dans le cadre de la sous-analyse originale, les auteurs de l'étude ont classé les personnes participantes qui planifiaient un AVAC en fonction d'un statut de risque prédéterminé, en attribuant un statut de «risque plus élevé» aux personnes qui avaient des facteurs de risque sous-jacents comme du diabète gestationnel, une hémorragie post-partum précédente nécessitant un traitement ou une transfusion sanguine, ou un IMC supérieur à 35 kg/m². Aux fins de ce guide de pratique clinique, les personnes participantes qui avaient un risque plus élevé étaient exclues de notre méta-analyse afin de fournir une comparaison plus précise de la population à «faible risque» recevant des soins de la part d'une sage-femme en Ontario(155).

Les résultats de l'analyse effectuée auprès de 1104 personnes participantes à faible risque (*très faible certitude des données probantes*) démontrent que la planification d'un accouchement à domicile par rapport à un accouchement à l'hôpital, après au moins une césarienne antérieure, peut augmenter les taux d'accouchement vaginal: 170 accouchements vaginaux de plus peuvent se produire (de 106 de plus à 234 de plus) par 1000 (RR = 1,24, IC de 95 % de 1,15 à 1,33, p < 0,00001)(155).

D'autres données probantes (*très faible certitude*) provenant de cette même étude suggèrent qu'un AVAC à domicile peut faire peu ou pas de différence dans les taux de transfusion sanguine ou d'admission à des soins de niveau supérieur (RR = 0,97, IC de 95 % de 0,38 à 2,59, p = 0,96), ainsi que dans les taux de mortalité ou de test d'Apgar inférieur à 7 à cinq minutes (RR = 1,12, IC de 95 % de 0,33 à 3,82, p = 0,86), bien que les larges intervalles de confiance limitent notre certitude par rapport à ces résultats. Environ un tiers (39 %) des personnes participantes ont nécessité un transfert à l'hôpital durant leur AVAC planifié. La raison la plus courante du transfert est l'absence d'évolution dans le premier et le second stade du travail.

TABLEAU 7: RÉSULTATS POUR LES PARENTS DONNANT NAISSANCE QUI PLANIFIENT UN AVAC HORS DE L'HÔPITAL PAR RAPPORT À CEUX QUI LE PLANIFIENT À L'HÔPITAL(155)

Résultats	AVAC planifié hors de l'hôpital (%)	AVAC planifié à l'hôpital (%)
Accouchement vaginal	88,2	70,7
Transfusion sanguine ou admission à des soins de niveau supérieur	2,53	3,0
Test d'Apgar < 7 à cinq minutes ou mortalité	1,7	1,7

Autres considérations concernant le choix du lieu de naissance et l'AVAC planifié

Le processus idéal consiste à s'appuyer sur des données probantes provenant d'études qui effectuent une comparaison directe de l'AVAC planifié hors de l'hôpital et à l'hôpital.

En l'absence de vastes ensembles de données qui examinent ces deux options, les données provenant d'études descriptives qui font état des résultats associés à l'AVAC hors de l'hôpital peuvent fournir certaines informations.

Une étude de 2009 effectuée en Colombie-Britannique a comparé les résultats de tous les accouchements planifiés à domicile assistés par des sages-femmes entre les années 2000 et 2004 avec ceux des accouchements planifiés à l'hôpital assistés par des sages-femmes ou des médecins(156). Parmi les 2889 personnes participantes qui avaient planifié un accouchement à domicile, 88 avaient planifié un AVAC. Toutefois, le groupe témoin des accouchements à l'hôpital ne comprenait pas les personnes qui avaient déjà eu une césarienne, ce qui a limité la capacité des chercheurs à comparer les résultats des AVAC en fonction du lieu de naissance. Dans une analyse d'un sous-groupe, les chercheurs ont restreint le groupe des accouchements à domicile aux personnes qui n'avaient jamais eu de césarienne. Le fait de retirer de l'analyse les 88 personnes participantes qui avaient planifié un AVAC à domicile n'a pas changé de façon importante les risques relatifs des interventions ou les résultats indésirables examinés pour les parents donnant naissance ou les nouveau-nés. Aucune rupture utérine n'a été signalée dans le groupe des accouchements à domicile.

Une étude de cohorte rétrospective de la clientèle des sages-femmes en Ontario de 2003 à 2008 a révélé que 3262 accouchements sur 47 923 (6,8 %) avaient eu lieu chez des personnes qui avaient déjà eu une césarienne. Bien que 25,3 % de toutes les personnes participantes à cette étude avaient planifié un accouchement à domicile, seulement 10 % des personnes qui avaient déjà eu une césarienne planifiaient un accouchement à domicile. (157) Le taux de transfert périnatal du domicile à l'hôpital était de 36,5 % pour la clientèle qui avait déjà eu une césarienne par rapport à 24,6 % pour la clientèle qui n'avait pas d'antécédent de césarienne (RR = 0,84, IC de 95 % de 0,78 à 0,91)(157). Les personnes candidates à l'AVAC qui avaient planifié un accouchement à domicile avaient plus de chance d'avoir un accouchement vaginal, peu importe le lieu d'accouchement final. Pour la clientèle avec un historique de césarienne qui avait planifié un AVAC à domicile lors du déclenchement du

travail, le taux d'accouchement vaginal était de 81,2 %, ce qui est plus élevé que le taux d'accouchement vaginal (71,2 %) pour toute la clientèle ayant un historique de césarienne qui a choisi de vivre le travail à domicile ou à l'hôpital. La proportion de personnes qui avaient eu des accouchements vaginaux antérieurs était également plus élevée dans le groupe des accouchements à domicile que dans le groupe d'AVAC dans son ensemble (60 % par rapport à 45 % respectivement). Cela pourrait en partie justifier la différence dans les taux d'AVAC réussis, puisque le fait d'avoir déjà eu un accouchement vaginal augmente la probabilité d'avoir un AVAC réussi. La clientèle peut également avoir été plus susceptible de planifier un accouchement à domicile en l'absence de facteurs de risque associés à une diminution des chances de réussite de l'AVAC, dans le cadre du dépistage des risques effectué par les sages-femmes pour les personnes qui planifient un AVAC. L'incidence de rupture utérine n'a pas pu être calculée de façon précise à partir de cet ensemble de données. Il n'y a eu aucune mortinatalité ou aucun décès néonatal associé à une rupture utérine, et il n'y a eu aucune différence dans la mesure composite de morbidité/mortalité néonatale entre la clientèle qui avait un historique de césarienne et celle qui n'en avait pas. D'autres recherches sont nécessaires pour comparer directement les résultats de l'AVAC chez la clientèle faisant appel aux services d'une sage-femme qui choisit un accouchement à domicile par rapport à celle qui choisit un accouchement à l'hôpital(157).

Une étude de 2004 menée aux États-Unis a examiné les résultats des parents donnant naissance qui planifiaient un AVAC dans une maison des naissances indépendante avec des infirmières sages-femmes diplômées de 1990 à 2000 (n = 1913) (158). Quatre-vingt-sept pour cent des personnes participantes qui avaient commencé le travail et planifié d'accoucher dans l'une des 41 maisons des naissances incluses dans cette étude ont eu un accouchement vaginal. Le taux de transfert périnatal avant l'accouchement était de 24 %. Parmi les six ruptures utérines qui se sont produites (un taux de 0,4 %), deux ont entraîné un décès fœtal/néonatal, ce qui est équivalent à un taux de mortalité périnatale de 5 sur 1000. Lorsque les personnes participantes qui avaient eu plusieurs césariennes antérieures et dont l'âge gestationnel était supérieur ou égal à 42 semaines étaient exclues des résultats (représentant 10 % des accouchements totaux de l'étude), la mortalité périnatale était de 2 sur 1000. Le taux de résultats indésirables global (défini comme la mort périnatale, une hystérectomie ou un test d'Apgar inférieur à 7 à cinq minutes) était de 1,4%(158).

Vécu des parents donnant naissance lors d'un accouchement à domicile après une césarienne

Dans une recherche qualitative qui examinait les raisons de choisir un AVAC à domicile, les parents donnant naissance ont indiqué vouloir éviter les facteurs qui avaient contribué à leur expérience négative lors de leur césarienne antérieure, y compris le sentiment d'être restreints par les protocoles de l'hôpital, le sentiment d'un manque de contrôle par rapport au

processus d'accouchement, et le fait de ne pas pouvoir faire de choix informés. Les personnes participantes ont mentionné qu'elles associaient leur choix à un sentiment d'autonomie et de contrôle et que cela avait aidé leur processus de guérison à la suite d'une expérience négative d'accouchement antérieur(159). Les sages-femmes, les partenaires, les doulas et les groupes de soutien à l'AVAC hors CH des personnes participantes ont constitué des éléments de soutien clés dans leur capacité à s'y préparer et à le vivre.

Considérations en matière d'éthique : AVAC et choix du lieu de naissance

Un commentaire de 2014 formulé par deux sages-femmes de l'Ontario examinait les dilemmes éthiques potentiels auxquels étaient confrontées les sages-femmes concernant l'accouchement vaginal à domicile après césarienne. Ce sujet est litigieux en raison du risque plus élevé de mortalité et de morbidité en cas de rupture utérine et du délai pour accéder à de l'aide chirurgicale d'urgence hors d'un hôpital. Des groupes d'élaboration des lignes directrices comme la SOGC et le PCMCH soulignent l'importance d'un accès en temps opportun à une césarienne en cas d'urgence durant un AVAC planifié, puisque les risques de résultats indésirables pour les parents donnant naissance et les nouveau-nés augmentent lorsqu'une césarienne d'urgence est retardée(12,160). Pour cette raison, l'hôpital est considéré comme l'endroit le plus sécuritaire pour un accouchement, bien que la recherche disponible sur l'AVAC planifié et bien sélectionné à domicile ne semble pas indiquer que l'accouchement planifié à domicile soit moins sécuritaire que l'accouchement planifié à l'hôpital. Voici certains dilemmes éthiques qui peuvent survenir lorsque les sages-femmes traitent une clientèle désirant un AVAC :

- Maintenir le choix informé et l'autonomie, qui sont deux principes fondamentaux de la profession de sage-femme, dans un contexte plus vaste qui pourrait ne pas soutenir l'AVAC hors CH.
- Trouver l'équilibre entre le désir d'éviter de faire du tort (non-malfaisance) à la clientèle et soutenir ses choix.
- Offrir des soins en fonction de leurs normes professionnelles et de leurs obligations tout en s'opposant de façon consciencieuse aux décisions de la clientèle.
- Présenter toutes les options en ce qui concerne l'AVAC et le choix du lieu de naissance de façon « juste et équitable », faisant ainsi justice au processus de choix informés.

Lorsqu'elles sont confrontées à une prise de décisions complexe, les sages-femmes peuvent consulter l'énoncé de position *AVAC et choix du lieu de l'accouchement* de l'Ordre des sages-femmes de l'Ontario¹⁰, qui affirme que la personne donnant naissance est la principale décideuse de ses soins et qui indique aux sages-femmes de « prodiguer des soins durant le travail et l'accouchement dans le contexte choisi par la clientèle »(161).

Considérations concernant le choix du lieu de naissance et l'AVAC

Une discussion approfondie permettant de faire des choix informés sur le lieu de naissance doit avoir lieu avec toutes les personnes donnant naissance qui planifient un AVAC. Les sages-femmes doivent penser à intégrer les points suivants dans leur discussion permettant de faire des choix informés.

- Les données probantes limitées disponibles sur les résultats pour le parent donnant naissance et le nouveau-né lors d'un accouchement hors de l'hôpital.

La plupart des recherches sur l'AVAC planifié portent sur des accouchements à l'hôpital assistés par des médecins, principalement dans des centres tertiaires.

- Le soutien pour garder les accouchements à proximité de la maison dans les communautés autochtones, éloignées et rurales. Il est particulièrement « essentiel que les peuples autochtones soient entourés de tout l'amour et le soutien possible, ce qui comprend leur famille, les membres de la communauté et la terre »(162).
- La disponibilité des ressources locales, comme l'accès à des méthodes de soulagement de la douleur ou à

→ 10 Elles peuvent aussi consulter *Planifier un AVAC : Comment s'assurer de choisir le bon lieu où donner naissance – Outil d'aide à la décision de l'OSFQ*

l'intervention chirurgicale, qui varie en fonction du niveau de l'hôpital [en Ontario]^{11,12}. Les politiques des hôpitaux sur l'AVAC varient également, ce qui comprend les exigences concernant la présence d'un médecin durant le travail d'un AVAC ou le fait d'être en mesure de fournir des soins d'urgence dans un délai précis.

- Pour la clientèle qui choisit d'accoucher hors de l'hôpital plutôt que dans un hôpital de niveau 1, il est important d'aborder clairement le risque faible, mais important, de rupture utérine et les conséquences d'une augmentation potentielle des délais pour accéder aux ressources de l'hôpital. Les environnements hors de l'hôpital augmentent le temps requis pour accéder aux soins d'urgence, et ce délai peut augmenter en fonction de la

distance par rapport à l'hôpital, du temps de réponse des services d'urgence et des conditions météorologiques. Tout retard dans une intervention chirurgicale peut avoir de graves conséquences à court ou à long terme pour la personne donnant naissance et son bébé.

- Les sages-femmes ont un protocole pour la prise en charge de l'AVAC à domicile, ainsi que pour tout mécanisme visant à assurer la coordination avec les services médicaux d'urgence s'ils s'avèrent nécessaires.

Les sages-femmes sont encouragées à consulter le document *Choice of Birthplace Guideline* de l'AOM et l'outil d'aide à la décision de l'OSFQ pour obtenir davantage d'information au sujet du choix du lieu de naissance.

Recommandation

13. Les sages-femmes doivent offrir le choix du lieu de naissance à toute la clientèle, ce qui comprend les personnes qui planifient un AVAC, mais qui sont autrement à faible risque de complications. La discussion permettant de faire des choix informés à propos des risques et des avantages de l'AVAC planifié et du choix du lieu de naissance doit être complète et bien documentée. [nouveau 2021]
 - Les informations consignées à propos de la discussion doivent comprendre une présentation des risques et des avantages abordés, les valeurs et les préférences de la clientèle, et toute recommandation effectuée par la sage-femme, le cas échéant.

Recommandation ferme: très faible certitude des données probantes

Cette recommandation reconnaît la clientèle à titre de décideuse principale en ce qui concerne ses soins, ainsi que le principe fondamental du choix du lieu de naissance dans la pratique des sages-femmes.

Politiques en milieu hospitalier et AVAC

Les sages-femmes ont la responsabilité de s'assurer que des protocoles pour l'AVAC basés sur des données probantes sont en place dans les hôpitaux. En soutenant les personnes qui planifient un AVAC, les sages-femmes peuvent les aider à ne pas avoir l'impression que la seule option pour éviter les interventions non nécessaires est un accouchement hors de l'hôpital.

Les sages-femmes doivent se familiariser avec toutes procédures existantes dans les hôpitaux pour la clientèle qui choisit de ne pas suivre les protocoles des hôpitaux. Par exemple, de nombreux hôpitaux ont un formulaire de refus de traitement que la personne peut signer si elle veut refuser les interventions. Ces documents peuvent aider à prévenir les frictions et les conflits avec d'autres professionnels de la santé ou à les réduire.

Si un conflit concernant un choix de la clientèle n'est pas résolu après des discussions entre les parties concernées, les sages-femmes peuvent considérer de demander une consultation auprès du service d'éthique de l'hôpital, le cas échéant.

11 Pour obtenir davantage de renseignements sur les niveaux de soins maternels et néonataux en Ontario, consultez le document « Standardized Maternal and Newborn Levels of Care Definitions, Provincial Council on Maternal and Child Health » (164): <https://www.pcmch.on.ca/wp-content/uploads/2015/07/Level-of-Care-Guidelines-2011-Updated-August1-20131.pdf>

→ 12 Pour obtenir davantage de renseignements sur les niveaux de soins maternels et néonataux au Québec, consultez le document Organisation des services d'obstétrique au Québec 2018-2025 https://www.msss.gouv.qc.ca/inc/documents/ministere/acces_info/demandes-acces/2020-2021/2020-2021-697-Document.pdf

Immédiatement après l'accouchement

Dans certaines situations, une hémorragie post-partum peut être un signe de rupture utérine durant la période suivant immédiatement l'accouchement(163). Les sages-femmes doivent tenir compte de la rupture utérine dans le diagnostic différentiel si la personne a une hémorragie post-partum après un AVAC ou un ACI.

Avant de donner congé aux personnes recevant les soins d'une sage-femme

Après l'AVAC ou l'ACI, le fait de conseiller la clientèle sur ses futures options concernant la voie d'accouchement peut l'aider à prendre des décisions pour ses prochaines

grossesses. Les sages-femmes ont l'occasion de partager des informations sur l'espacement des grossesses et les probabilités d'autres AVAC. Si un AVAC planifié se termine en césarienne répétée non planifiée, la sage-femme doit passer en revue les considérations pour les grossesses futures, y compris :

- L'espacement des grossesses;
- Les données probantes émergentes sur la sécurité et le taux de réussite de l'AVAC après plusieurs césariennes;
- L'occasion de discuter avec la personne donnant naissance de son expérience si une césarienne non planifiée a eu lieu.

Énoncé de bonne pratique

14. Pour les personnes qui ont eu une césarienne, discuter du lien entre l'intervalle entre les accouchements et le risque de rupture utérine, ainsi que des considérations relatives à la planification des naissances avant de leur donner leur congé. [2011]

Cet énoncé de bonne pratique reconnaît la continuité des soins et la compétence des sages-femmes pour fournir des informations sur la santé à la clientèle.

CONCLUSION

Les personnes qui ont déjà eu une ou plusieurs césariennes font face à des choix complexes. Bien que les taux de complications soient faibles pour la clientèle qui planifie un AVAC ou pour celle qui choisit un ACI répété, chaque option a ses risques et ses avantages. Les valeurs et la tolérance au risque de la clientèle auront une influence sur la prise de décisions concernant la méthode et le lieu de naissance pour la grossesse en cours. Le rôle de la sage-femme est de s'assurer que la clientèle connaît bien les risques et les avantages des choix qu'elle devra faire durant sa grossesse, le travail et les soins post-partum.

Les données probantes résumées dans ce GPC suggèrent que l'AVAC devrait être recommandé aux personnes qui ont déjà eu une césarienne et qui n'ont aucune contre-indication à un accouchement vaginal pour la grossesse en cours. Comme pour toute la clientèle, la sage-femme qui fournit des soins à une personne qui a déjà eu une césarienne utilise ses compétences en matière d'évaluation, s'engage à utiliser la technologie appropriée et offre un soutien personnalisé pour minimiser les risques et prodiguer les meilleurs soins possibles. Selon L'Association canadienne des sages-femmes, le rôle des sages-femmes est de « comprendre, promouvoir et faciliter les processus physiologiques, et d'intervenir seulement en cas de nécessité »(20). L'AVAC est la meilleure option pour les personnes qui désirent éviter les

interventions inutiles et qui accordent de la valeur à l'accouchement à titre de processus physiologique. Lorsqu'il est question de prodiguer des soins à une personne qui a déjà eu une césarienne, les recherches de la plus grande qualité et les plus récentes appuient l'AVAC comme choix valable et sécuritaire pour la majorité des personnes qui ont déjà eu une césarienne du segment inférieur.

Les sages-femmes doivent s'assurer qu'une discussion approfondie permettant de faire des choix informés à propos de l'AVAC ou de l'ACI a lieu. Les options de soins durant le travail nécessitent également une discussion approfondie, particulièrement lorsque la clientèle choisit des soins qui diffèrent de ceux des normes de soins de la communauté locale. Il est recommandé que les soins durant le travail comprennent des évaluations régulières de l'évolution et du bien-être du fœtus, ainsi qu'une consultation rapide pour toute préoccupation concernant une progression lente du travail, une fréquence cardiaque fœtale anormale ou une douleur ou des saignements inhabituels. Finalement, étant donné les risques associés à tout accouchement après une césarienne, les sages-femmes ont un rôle important à jouer concernant l'utilisation des meilleures pratiques fondées sur des données probantes pour réduire l'incidence de premières césariennes.

RÉSUMÉ DES ÉNONCÉS DE BONNES PRATIQUES ET DES RECOMMANDATIONS

1. Les sages-femmes devraient recommander un AVAC planifié à la clientèle qui a déjà eu une césarienne. Les discussions permettant de faire des choix informés devraient comprendre :

- Les risques et les avantages d'un AVAC planifié par rapport à l'accouchement par césarienne itérative;
- Les risques et les avantages de la césarienne et de l'accouchement vaginal, de façon plus générale;
- Le rôle de l'AVAC planifié dans le travail et l'accouchement physiologique;
- Les ressources locales et l'accès à des services en temps opportun dans la collectivité de la clientèle;
- Les valeurs et les préférences de la clientèle ainsi que sa tolérance au risque.

Cette discussion, y compris la décision de la clientèle, doit être consignée dans son dossier. [nouveau 2021]

Recommandation ferme: très faible certitude des données probantes

Cette recommandation reconnaît que l'AVAC est un choix sécuritaire pour la majorité de la clientèle qui a déjà eu une césarienne. Elle reconnaît la clientèle en tant que principale décideuse et reconnaît que l'AVAC est un moyen de réussir un accouchement physiologique à faible intervention.

2. Offrir un AVAC planifié à la clientèle qui a eu deux césariennes antérieures ou plus [nouveau 2021]

Recommandation ferme: très faible certitude des données probantes

Cette recommandation reconnaît la clientèle à titre de décideuse principale en ce qui concerne ses soins et elle reconnaît l'AVAC comme un moyen de réussir un travail et un accouchement physiologiques.

Remarque: Les recommandations 1 et 2 présupposent une absence de contre-indication à l'accouchement vaginal/AVAC (voir la liste des contre-indications à la page 14).

3. Pour la clientèle qui envisage d'avoir plus d'un enfant après avoir eu une césarienne, les sages-femmes devraient discuter des avantages de l'AVAC plutôt que de l'ACI, notamment des conséquences à long terme de césariennes multiples. [2021]

Énoncé de bonne pratique

Cet énoncé de bonne pratique reconnaît l'augmentation des risques associée à de multiples césariennes et les avantages d'AVAC cumulatifs.

4. Les sages-femmes doivent discuter avec leur clientèle des facteurs pertinents qui peuvent influencer les probabilités d'AVAC ou le risque de rupture utérine. Elles doivent aviser la clientèle que de tels facteurs ne sont pas des contre-indications à la planification d'un AVAC, mais qu'ils peuvent être des facteurs à considérer en ce qui concerne leurs soins durant le travail. [2021]

Énoncé de bonne pratique

Cet énoncé de bonne pratique reconnaît la clientèle à titre de décideuse principale. Il reconnaît que la présence d'un ou de plusieurs de ces facteurs ne permet pas nécessairement de prévoir une rupture utérine ou un AVAC réussi, et que par conséquent, ces facteurs ne limitent pas le choix.

5. Durant l'élaboration du plan de soins pour une clientèle qui planifie un AVAC, la sage-femme doit tout mettre en œuvre pour obtenir une copie du dossier de chirurgie de la césarienne antérieure. L'incapacité à obtenir une copie du dossier n'est pas une contre-indication à l'AVAC planifié, mais elle doit être indiquée dans le dossier de la personne. [2021]

Énoncé de bonne pratique

Cet énoncé de bonne pratique reconnaît les sages-femmes à titre de fournisseuses de soins principales qui possèdent les connaissances, les compétences et le jugement pour offrir des soins à la clientèle qui planifie un AVAC.

6. Les sages-femmes devraient évaluer les risques et les avantages du déclenchement ou de la stimulation pour l'AVAC planifié avec leur clientèle. Lorsque le déclenchement ou la stimulation est indiqué sur le plan médical, les sages-femmes peuvent l'offrir à leur clientèle.
- Lorsqu'une sage-femme effectue un déclenchement ou une stimulation du travail auprès de la clientèle, elle doit mettre en place un plan clair de communication continue avec le médecin de garde et l'équipe interprofessionnelle au sujet de l'évolution du travail et du bien-être du parent donnant naissance et du fœtus. [nouveau 2021]

Recommandation ferme: très faible certitude des données probantes

Cette recommandation reconnaît la clientèle à titre de décideuse principale en ce qui concerne ses soins et elle reconnaît que l'AVAC est un moyen de réussir un accouchement physiologique. Elle accorde également de la valeur à l'importance de soins respectueux et à la collaboration interprofessionnelle afin d'offrir des options de soins à la clientèle.

7. Le monitoring de la fréquence cardiaque fœtale peut être effectué des façons suivantes :
- Auscultation intermittente toutes les 15 minutes durant la phase active du travail et toutes les 5 minutes durant la deuxième phase;
 - À l'aide du MÉF continu selon les protocoles actuels.

Avant le travail, il est important de discuter des risques et des avantages de l'AI et du MÉF avec la clientèle et de l'indiquer dans son dossier. [nouveau 2021]

Recommandation ferme: très faible certitude des données probantes

Cette recommandation reconnaît la clientèle à titre de décideuse principale en ce qui concerne ses soins. Elle reconnaît le savoir-faire des sages-femmes dans l'utilisation de l'AI et pour prodiguer des soins personnalisés continus.

8. Le MÉF continu doit être utilisé si le travail est prolongé ou pour toute anomalie de la fréquence cardiaque fœtale remarquée durant l'AI. [2011]

Recommandation ferme: très faible certitude des données probantes

Cette recommandation reconnaît la capacité de la sage-femme à reconnaître l'apparition de complications et à adapter les soins en fonction du portrait clinique.

9. Pour la clientèle qui a un historique de césarienne, il est important que les sages-femmes détectent et documentent adéquatement le déclenchement du travail actif et qu'elles soient à l'affût d'un travail prolongé. [2021]

Énoncé de bonne pratique

Cet énoncé de bonne pratique reconnaît la base de données probantes qui associe la dystocie au risque de rupture utérine. Il reconnaît également la capacité des sages-femmes à évaluer la clientèle en travail et à déterminer la nécessité d'une prise de décisions en temps opportun.

10. Pour la clientèle ayant un historique de césarienne et pour laquelle un travail prolongé a été établi, l'accès intraveineux et le MÉF continu doivent être amorcés s'ils ne sont pas déjà en cours. Si les tentatives des sages-femmes pour traiter une évolution lente sont infructueuses, elles doivent demander une consultation en obstétrique. [nouveau 2021]

Énoncé de bonne pratique

Cet énoncé de bonne pratique reconnaît la continuité des soins et la capacité des sages-femmes à évaluer la nécessité d'une collaboration interprofessionnelle en fonction du portrait clinique.

11. Pour les personnes qui ont un historique de césarienne, l'analgésie épidurale n'est pas contre-indiquée.

- Pour la clientèle que cette méthode de soulagement de la douleur intéresse, les risques et les avantages de l'analgésie épidurale durant l'AVAC planifié doivent être abordés. [nouveau 2021]

Recommandation ferme: très faible certitude des données probantes

Cette recommandation reconnaît la clientèle à titre de décideuse principale, reflète une base de données probantes indiquant que l'utilisation de l'analgésie épidurale ne dissimule pas les symptômes de rupture utérine et soutient les sages-femmes dans l'administration des soins principaux pour la surveillance et le maintien de l'analgésie épidurale.

12. Une consultation rapide doit être amorcée si la personne en travail ressent une douleur inhabituelle ou si l'analgésie épidurale est utilisée, mais qu'elle n'est pas efficace. [2011]

Énoncé de bonne pratique

Cet énoncé de bonne pratique reconnaît la capacité des sages-femmes à détecter l'apparition de complications et à travailler de façon interprofessionnelle pour offrir des soins sécuritaires et d'excellente qualité à la clientèle.

13. Les sages-femmes doivent offrir le choix du lieu de naissance à toute la clientèle, ce qui comprend les personnes qui planifient un AVAC, mais qui sont autrement à faible risque de complications. La discussion permettant de faire des choix informés à propos des risques et des avantages de l'AVAC planifié et du choix du lieu de naissance doit être complète et bien documentée. [nouveau 2021]

- Les informations consignées à propos de la discussion doivent comprendre une présentation des risques et des avantages abordés, les valeurs et les préférences de la clientèle, et toute recommandation effectuée par la sage-femme, le cas échéant.

Recommandation ferme: très faible certitude des données probantes

Cette recommandation reconnaît la clientèle à titre de décideuse principale en ce qui concerne ses soins, ainsi que le principe fondamental du choix du lieu de naissance dans la pratique des sages-femmes.

14. Pour les personnes qui ont eu une césarienne, discuter du lien entre l'intervalle entre les accouchements et le risque de rupture utérine, ainsi que des considérations relatives à la planification des naissances avant de leur donner leur congé. [2011]

Énoncé de bonne pratique

Cet énoncé de bonne pratique reconnaît la continuité des soins et la compétence des sages-femmes pour fournir des informations sur la santé à la clientèle.

REFERENCES

1. Maguire R. Trying for a VBAC": An Ethnography of cultural change within a randomised trial aimed at increasing vaginal birth after caesarean section: The OptiBIRTH study [Internet]. Trinity College (Dublin, Ireland). School of Nursing & Midwifery; 2016 [cited 2021 Mar 1]. Available from: <http://www.tara.tcd.ie/handle/2262/85157>
2. Akl EA, Oxman AD, Herrin J, Vist GE, Terrenato I, Sperati F, et al. Framing of health information messages. *Cochrane Database Syst Rev* [Internet]. 2011 Dec 7 [cited 2021 Mar 1];(12). Available from: <https://www.cochranelibrary.com/cdsr/doi/10.1002/14651858.CD006777.pub2/full>
3. Balshem H, Helfand M, Schünemann HJ, Oxman AD, Kunz R, Brozek J, et al. GRADE guidelines: 3. Rating the quality of evidence. *J Clin Epidemiol* [Internet]. 2011 Apr;64(4):401–6. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/21208779>
4. Guyatt GH, Oxman AD, Kunz R, Falck-Ytter Y, Vist GE, Liberati A, et al. Going from evidence to recommendations. *BMJ* [Internet]. 2008 May 10;336(7652):1049–51. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/18467413>
5. Guyatt GH, Oxman AD, Vist GE, Kunz R, Falck-Ytter Y, Alonso-Coello P, et al. GRADE: an emerging consensus on rating quality of evidence and strength of recommendations. *BMJ* [Internet]. 2008 Apr 26 [cited 2013 Jun 1];336(7650):924–6. Available from: <http://www.pubmedcentral.nih.gov/articlerender.fcgi?artid=2335261&tool=pmcentrez&rendertype=abstract>
6. Andrews J, Guyatt G, Oxman AD, Alderson P, Dahm P, Falck-Ytter Y, et al. GRADE guidelines: 14. Going from evidence to recommendations: the significance and presentation of recommendations. *J Clin Epidemiol* [Internet]. 2013 Jul;66(7):719–25. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/23312392>
7. Andrews JC, Schünemann HJ, Oxman AD, Pottie K, Meerpohl JJ, Coello PA, et al. GRADE guidelines: 15. Going from evidence to recommendation—determinants of a recommendation's direction and strength. *J Clin Epidemiol* [Internet]. 2013 Jul;66(7):726–35. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/23570745>
8. Guyatt GH, Alonso-Coello P, Schünemann HJ, Djulbegovic B, Nothacker M, Lange S, et al. Guideline panels should seldom make good practice statements: guidance from the GRADE Working Group. *J Clin Epidemiol* [Internet]. 2016 Dec;80:3–7. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/27452192>
9. Brouwers MC, Kho ME, Browman GP, Burgers JS, Cluzeau F, Feder G, et al. AGREE II: advancing guideline development, reporting and evaluation in health care. *CMAJ* [Internet]. 2010 Dec 14;182(18):E839–42. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/20603348>
10. AOM. A Values Based Approach to CPG Development [Internet]. [cited 2021 May 3]. Available from: <https://www.ontariomidwives.ca/values-based-approach-cpg-development>
11. Millar WJ, Nair C, Wadhera S. Declining cesarean section rates: a continuing trend? *Heal reports* [Internet]. 1996;8(1):17–24 (Eng); 17–24 (Fre). Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/8844177>
12. Dy J, DeMeester S, Lipworth H, Barrett J. No. 382–Trial of Labour After Caesarean. *J Obstet Gynaecol Canada* [Internet]. 2019 Jul 1 [cited 2020 Dec 21];41(7):992–1011. Available from: <http://www.jogc.com/article/S1701216318309034/fulltext>
13. Cunningham FG, Bangdiwala SI, Brown SS, Dean TM, Frederiksen M, Rowland Hogue CJ, et al. NIH consensus development conference draft statement on vaginal birth after cesarean: new insights. *NIH Consens State Sci Statements* [Internet]. 2010 Mar 10;27(3):1–42. Available from: http://consensus.nih.gov/2010/images/vbac/vbac_statement.pdf
14. ACOG. ACOG Practice Bulletin No. 205 Summary: Vaginal Birth After Cesarean Delivery. *Obstet Gynecol*. 2019 Feb 1;133(2):393–5.
15. Bick D, National Collaborating Centre for Women's and Children's Health, National Institute for Clinical Excellence. Caesarean Section. Clinical Guideline. National Collaborating Centre for Women's and Children's Health: commissioned by the National Institute for Clinical Excellence. National Institute for Clinical E, editor. *Worldviews evidence-based Nurs* [Internet]. 2004;1(3):198–9. Available from: <http://www.gserve.nice.org.uk/nicemedia/pdf/CG013fullguideline.pdf>
16. Canadian Association of Midwives. Midwifery care and normal birth [Internet]. 2010. Available from: https://canadianmidwives.org/wp-content/uploads/2016/06/CAM_ENG_Midwifery_Care_Normal_Birth_FINAL_Nov_2010.pdf
17. Society of Obstetricians and Gynaecologists of Canada. Joint Policy Statement on Normal Childbirth. *J Obs Gynaecol Can* [Internet]. 2008;30(12):1163–5. Available from: <http://www.sogc.org/guidelines/documents/gui221PS0812.pdf>
18. Health Organization Regional Office for Europe W. Cesarean Section or Vaginal Delivery in the 21st Century.
19. Jordan RG, Murphy PA. Risk assessment and risk distortion: finding the balance. *J Midwifery Womens Health* [Internet]. 2009 [cited 2013 Jul 25];54(3):191–200. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/19410211>
20. Midwives CA of. Position Statement on Elective Cesarean Section [Internet]. 2004. Available from: http://www.canadianmidwives.org/DATA/DOCUMENT/PSElectiveCS_ENG200406.pdf

21. Childbirth Indicators by Place of Residence [Internet]. Canadian Institute for Health Information (CIHI). 2020 [cited 2021 Feb 27]. Available from: https://apps.cihi.ca/mstrapp/asp/Main.aspx?Server=apmstrextpd_i&project=Quick Stats&uid=pce_pub_en&pwd=&evt=2048001&visualizationMode=0&documentID=029DB170438205AEBCC75B8673CCE822
22. Better Outcomes Registry & Network (BORN) Ontario. Type of birth by location (VBAC). 2020.
23. Guise J-M, Eden K, Emeis C, Denman MA, Marshall N, Fu RR, et al. Vaginal birth after cesarean: new insights. *Evid Rep Technol Assess (Full Rep)* [Internet]. 2010 Mar [cited 2013 Jun 12];191(191):1–397. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/20629481>
24. Dodd JM, Crowther CA, Huertas E, Guise J-M, Horey D. Planned elective repeat caesarean section versus planned vaginal birth for women with a previous caesarean birth. *Cochrane database Syst Rev* [Internet]. 2013 Dec 10;(12):CD004224. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/24323886>
25. Crowther CA, Dodd JM, Hiller JE, Haslam RR, Robinson JS. Planned Vaginal Birth or Elective Repeat Caesarean: Patient Preference Restricted Cohort with Nested Randomised Trial. Smith GC, editor. *PLoS Med* [Internet]. 2012 Mar 13 [cited 2020 Feb 4];9(3):e1001192. Available from: <https://dx.plos.org/10.1371/journal.pmed.1001192>
26. Gilbert SA, Grobman WA, Landon MB, Spong CY, Rouse DJ, Leveno KJ, et al. Elective repeat cesarean delivery compared with spontaneous trial of labor after a prior cesarean delivery: a propensity score analysis. *Am J Obstet Gynecol* [Internet]. 2012 Apr [cited 2020 Feb 4];206(4):311.e1–311.e9. Available from: <https://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S0002937812001378>
27. Kok N, Ruiter L, Lindeboom R, de Groot C, Pajkrt E, Mol BW, et al. Elective repeat cesarean delivery compared with trial of labor after a prior cesarean delivery: a propensity score analysis. *Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol* [Internet]. 2015 Dec [cited 2020 Feb 4];195:214–8. Available from: <https://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S0301211515003164>
28. Studsgaard A, Skorstengaard M, Glavind J, Hvidman L, Uldbjerg N. Trial of labor compared to repeat cesarean section in women with no other risk factors than a prior cesarean delivery. *Acta Obstet Gynecol Scand* [Internet]. 2013 Nov [cited 2020 Feb 4];92(11):1256–63. Available from: <http://doi.wiley.com/10.1111/aogs.12240>
29. Loebel G, Zelop CM, Egan JFX, Wax J. Maternal and neonatal morbidity after elective repeat Cesarean delivery versus a trial of labor after previous Cesarean delivery in a community teaching hospital. *J Matern Fetal Neonatal Med* [Internet]. 2004 Apr;15(4):243–6. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/15280132>
30. Gregory KD, Korst LM, Fridman M, Shihady I, Broussard P, Fink A, et al. Vaginal birth after cesarean: clinical risk factors associated with adverse outcome. *Am J Obstet Gynecol*. 2008;198(4):410–52.
31. Obara H, Minakami H, Koike T, Takamizawa S, Matsubara S, Sato I. Vaginal birth after cesarean delivery: results in 310 pregnancies. *J Obstet Gynaecol Res* [Internet]. 1998 Apr;24(2):129–34. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/9631601>
32. Tan PC, Subramaniam RN, Omar SZ. Labour and perinatal outcome in women at term with one previous lower-segment Caesarean: a review of 1000 consecutive cases. *Aust N Z J Obstet Gynaecol* [Internet]. 2007 Feb;47(1):31–6. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/17261097>
33. Litwin CE, Czuzoj-Shulman N, Zakhari A, Abenhaim HA. Neonatal outcomes following a trial of labor after Caesarean delivery: a population-based study. *J Matern Neonatal Med* [Internet]. 2018 Aug 18 [cited 2020 Feb 4];31(16):2148–54. Available from: <https://www.tandfonline.com/doi/full/10.1080/14767058.2017.1337740>
34. O'Neill SM, Agerbo E, Khashan AS, Kearney PM, Henriksen TB, Greene RA, et al. Trial of labour after caesarean section and the risk of neonatal and infant death: a nationwide cohort study. *BMC Pregnancy Childbirth* [Internet]. 2017 Dec 27 [cited 2020 Feb 4];17(1):74. Available from: <http://bmcpregnancychildbirth.biomedcentral.com/articles/10.1186/s12884-017-1255-2>
35. Dodd JM, Crowther CA, Huertas E, Guise JM, Horey D. Planned elective repeat caesarean section versus planned vaginal birth for women with a previous caesarean birth. Vol. 2013, *Cochrane Database of Systematic Reviews*. John Wiley and Sons Ltd; 2013.
36. Landon MB, Hauth JC, Leveno KJ, Spong CY, Leindecker S, Varner MW, et al. Maternal and perinatal outcomes associated with a trial of labor after prior cesarean delivery. *N Engl J Med* [Internet]. 2004 Dec 16;351(25):2581–9. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/15598960>
37. Public Health Agency of Canada. Labour and Birth in Canada [Internet]. 2018. Available from: <https://www.canada.ca/en/public-health/services/publications/healthy-living/maternity-newborn-care-guidelines-chapter-4.html>
38. Al-Zirqi I, Stray-Pedersen B, Forsén L, Vangen S. Uterine rupture after previous caesarean section. *BJOG* [Internet]. 2010 Jun;117(7):809–20. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/20236103>
39. Grobman WA, Lai Y, Landon MB, Spong CY, Leveno KJ, Rouse DJ, et al. Prediction of uterine rupture associated with attempted vaginal birth after cesarean delivery. *Am J Obstet Gynecol*. 2008;199(1):30–5.
40. Chalmers B, Kaczorowski J, Darling E, Heaman M, Fell DB, O'Brien B, et al. Cesarean and vaginal birth in canadian women: a comparison of experiences. *Birth* [Internet]. 2010 Mar;37(1):44–9. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/20402721>

41. Haas DM, Ayres AW. Laceration injury at cesarean section. *J Matern Fetal Neonatal Med* [Internet]. 2002 Mar;11(3):196–8. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/12380677>
42. Wiener JJ, Westwood J. Fetal lacerations at caesarean section. *J Obstet Gynaecol* [Internet]. 2002 Jan;22(1):23–4. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/12521722>
43. Fisler RE, Cohen A, Ringer SA, Lieberman E. Neonatal outcome after trial of labor compared with elective repeat cesarean section. *Birth* [Internet]. 2003 Jun;30(2):83–8. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/12752164>
44. Obara H, Minakami H, Koike T, Takamizawa S, Matsubar S, Sato I. Vaginal Birth after Cesarean Delivery: Results in 310 Pregnancies. *J Obstet Gynaecol Res* [Internet]. 1998 Apr [cited 2020 Feb 4];24(2):129–34. Available from: <http://doi.wiley.com/10.1111/j.1447-0756.1998.tb00063.x>
45. Lundgren I, Begley C, Gross MM, Bondas T. “Groping through the fog”: a metasynthesis of women’s experiences on VBAC (Vaginal birth after Cesarean section). *BMC Pregnancy Childbirth* [Internet]. 2012 Aug 21 [cited 2021 Jan 6];12(1):85. Available from: <https://bmcpregnancychildbirth.biomedcentral.com/articles/10.1186/1471-2393-12-85>
46. Ridley RT, Davis PA, Bright JH, Sinclair D. What Influences a Woman to Choose Vaginal Birth After Cesarean? *J Obstet Gynecol Neonatal Nurs* [Internet]. 2002 Nov 1 [cited 2021 Jan 6];31(6):665–72. Available from: <https://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S0884217515340260>
47. Keedle H, Schmied V, Burns E, Dahlen HG. The journey from pain to power: A meta-ethnography on women’s experiences of vaginal birth after caesarean [Internet]. Vol. 31, *Women and Birth*. Elsevier B.V.; 2018 [cited 2020 Dec 21]. p. 69–79. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/28655602/>
48. Chen SW, Hutchinson AM, Nagle C, Bucknall TK. Women’s decision-making processes and the influences on their mode of birth following a previous caesarean section in Taiwan: A qualitative study. *BMC Pregnancy Childbirth* [Internet]. 2018 Jan 17 [cited 2021 Jan 6];18(1):1–13. Available from: <https://link.springer.com/articles/10.1186/s12884-018-1661-0>
49. Chalmers B, Kaczorowski J, Darling E, Heaman M, Fell DB, O’Brien B, et al. Cesarean and vaginal birth in Canadian women: A comparison of experiences. *Birth* [Internet]. 2010 Mar [cited 2021 Jan 6];37(1):44–9. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/20402721/>
50. Fawcett J, Tulman L, Spedden JP. Responses to Vaginal Birth After Cesarean Section. *J Obstet Gynecol Neonatal Nurs* [Internet]. 1994 Mar 1 [cited 2021 Jan 6];23(3):253–9. Available from: <https://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S0884217515331154>
51. McKenna JA, Symon AG. Water VBAC: Exploring a new frontier for women’s autonomy. *Midwifery* [Internet]. 2014 Jan [cited 2021 Jan 6];30(1). Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/24225432/>
52. Sun L, Wang S, Li X-Q. Association between mode of delivery and postpartum depression: A systematic review and network meta-analysis. *Aust New Zeal J Psychiatry* [Internet]. 2020 Sep 15 [cited 2021 Feb 27];000486742095428. Available from: <http://journals.sagepub.com/doi/10.1177/0004867420954284>
53. Regan J, Thompson A, Defranco E. The influence of mode of delivery on breastfeeding initiation in women with a prior cesarean delivery: A population-based study. *Breastfeed Med* [Internet]. 2013 Apr 1 [cited 2021 Feb 27];8(2):181–6. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/24209487/>
54. Prior E, Santhakumaran S, Gale C, Philipps LH, Modi N, Hyde MJ. Breastfeeding after cesarean delivery: A systematic review and meta-analysis of world literature. *Am J Clin Nutr* [Internet]. 2012 May 1 [cited 2021 Feb 27];95(5):1113–35. Available from: <https://academic.oup.com/ajcn/article/95/5/1113/4576793>
55. Buckley SJ. Executive Summary of Hormonal Physiology of Childbearing: Evidence and Implications for Women, Babies, and Maternity Care. *J Perinat Educ* [Internet]. 2015 [cited 2021 Feb 27];24(3):145–53. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/260867/>
56. Keag OE, Norman JE, Stock SJ. Long-term risks and benefits associated with cesarean delivery for mother, baby, and subsequent pregnancies: Systematic review and meta-analysis. *PLoS Med* [Internet]. 2018 Jan 1 [cited 2021 Feb 27];15(1). Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/29360829/>
57. McDonald E, Gartland D, Small R, Brown S. Dyspareunia and childbirth: a prospective cohort study. *BJOG An Int J Obstet Gynaecol* [Internet]. 2015 Apr 1 [cited 2021 Feb 27];122(5):672–9. Available from: <http://doi.wiley.com/10.1111/1471-0528.13263>
58. Rutayisire E, Huang K, Liu Y, Tao F. The mode of delivery affects the diversity and colonization pattern of the gut microbiota during the first year of infants’ life: A systematic review. *BMC Gastroenterol* [Internet]. 2016 Jul 30 [cited 2021 Feb 27];16(1). Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/27522/>
59. Galazzo G, van Best N, Bervoets L, Dapaah IO, Savelkoul PH, Hornef MW, et al. Development of the Microbiota and Associations With Birth Mode, Diet, and Atopic Disorders in a Longitudinal Analysis of Stool Samples, Collected From Infancy Through Early Childhood. *Gastroenterology* [Internet]. 2020 May 1 [cited 2021 Feb 27];158(6):1584–96. Available from: <https://doi.org/10.1053/j.gastro.2020.01.024>
60. Darabi B, Rahmati S, Hafeziahmadi MR, Badfar G, Azami M. The association between caesarean section and childhood asthma: An updated systematic review and meta-analysis [Internet]. Vol. 15, *Allergy, Asthma and Clinical Immunology*. BioMed Central Ltd.; 2019 [cited 2021 Feb 27]. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/31687033/>

61. Ślabuszeńska-Jóźwiak A, Szymański JK, Ciebiera M, Sarecka-Hujar B, Jakiel G. Pediatrics consequences of caesarean section—a systematic review and meta-analysis [Internet]. Vol. 17, International Journal of Environmental Research and Public Health. MDPI AG; 2020 [cited 2021 Feb 27]. p. 1–17. Available from: [/pmc/articles/PMC7662709/](https://pmc/articles/PMC7662709/)
62. Emmett CL, Montgomery AA, Murphy DJ. Preferences for mode of delivery after previous caesarean section: What do women want, what do they get and how do they value outcomes? *Heal Expect* [Internet]. 2011 Dec [cited 2021 Feb 15];14(4):397–404. Available from: [/pmc/articles/PMC5060598/](https://pmc/articles/PMC5060598/)
63. Godden B, Hauck Y, Hardwick T, Bayes S. Women's Perceptions of Contributory Factors for Successful Vaginal Birth After Cesarean. *Int J Childbirth* [Internet]. 2012 Jan 1 [cited 2021 Feb 15];2(2):96–106. Available from: <https://connect.springerpub.com/content/sgrijc/2/2/96>
64. Kotaska A. Informed consent and refusal in obstetrics: A practical ethical guide. *Birth* [Internet]. 2017 Sep 1 [cited 2021 Mar 22];44(3):195–9. Available from: <http://doi.wiley.com/10.1111/birt.12281>
65. Frost J, Shaw A, Montgomery A, Murphy DJ. Women's views on the use of decision aids for decision making about the method of delivery following a previous caesarean section: qualitative interview study. *BJOG* [Internet]. 2009 Jun;116(7):896–905. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/19385964>
66. Montgomery AA, Emmett CL, Fahey T, Jones C, Ricketts I, Patel RR, et al. Two decision aids for mode of delivery among women with previous caesarean section: randomised controlled trial. *BMJ* [Internet]. 2007 Jun 23;334(7607):1305. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/17540908>
67. Nilsson C, Lundgren I, Smith V, Vehviläinen-Julkunen K, Nicoletti J, Devane D, et al. Women-centred interventions to increase vaginal birth after caesarean section (VBAC): A systematic review [Internet]. Vol. 31, Midwifery. Churchill Livingstone; 2015 [cited 2021 Feb 15]. p. 657–63. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/25931275/>
68. Valdes EG. Examining Cesarean Delivery Rates by Race: a Population-Based Analysis Using the Robson Ten-Group Classification System. *J Racial Ethn Heal Disparities* [Internet]. 2020 Aug 17 [cited 2021 Apr 30];1–8. Available from: <https://doi.org/10.1007/s40615-020-00842-3>
69. Mirabal-Beltran R, Strobino DM. Birth Mode after Primary Cesarean among Hispanic and non-Hispanic Women at One U.S. Institution. *Women's Heal Issues* [Internet]. 2020 Jan 1 [cited 2021 Apr 30];30(1):7–15. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/31623931/>
70. Edmonds JK, Hawkins SS, Cohen BB. Variation in Vaginal Birth After Cesarean by Maternal Race and Detailed Ethnicity. *Matern Child Health J* [Internet]. 2016 Jun 1 [cited 2021 Apr 30];20(6):1114–23. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/26699791/>
71. Bryant AS, Washington S, Kuppermann M, Cheng YW, Caughey AB. Quality and equality in obstetric care: racial and ethnic differences in caesarean section delivery rates. *Paediatr Perinat Epidemiol* [Internet]. 2009 Sep [cited 2021 Apr 30];23(5):454–62. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/19689496/>
72. Tangel V, White RS, Nachamie AS, Pick JS. Racial and Ethnic Disparities in Maternal Outcomes and the Disadvantage of Peripartum Black Women: A Multistate Analysis, 2007–2014. *Am J Perinatol* [Internet]. 2019 [cited 2021 Apr 30];36(8):835–48. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/30396228/>
73. McKinnon B, Yang S, Kramer MS, Bushnik T, Sheppard AJ, Kaufman JS. Comparison of black-white disparities in preterm birth between Canada and the United States. *CMAJ* [Internet]. 2016 Jan 5 [cited 2021 Apr 30];188(1):E19–26. Available from: www.cmaj.ca/lookup/doi/10.1503/cmaj.151160
74. Higginbottom GMA, Morgan M, Alexandre M, Chiu Y, Forgeron J, Kocay D, et al. Immigrant women's experiences of maternity-care services in Canada: A systematic review using a narrative synthesis. *Syst Rev* [Internet]. 2015 Feb 11 [cited 2021 Apr 30];4(1):13. Available from: <https://systematicreviewsjournal.biomedcentral.com/articles/10.1186/2046-4053-4-13>
75. Phelan JP, Ahn MO, Diaz F, Brar HS, Rodriguez MH. Twice a cesarean, always a cesarean? *Obstet Gynecol* [Internet]. 1989 Feb;73(2):161–5. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/2911420>
76. Spaans WA, van V der, Roell-Schorer EA, Bleker OP, van RJ. Trial of labour after two or three previous caesarean sections. Vol. 110, *European Journal of Obstetrics, Gynecology, & Reproductive Biology*. 2003. p. 16–9.
77. Hansell RS, McMurray KB, Huey GR. Vaginal birth after two or more cesarean sections: a five-year experience. *Birth* [Internet]. 1990 Sep;17(3):146–50; discussion 150–1. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/2222640>
78. Macones G a, Cahill A, Pare E, Stamilio DM, Ratcliffe S, Stevens E, et al. Obstetric outcomes in women with two prior cesarean deliveries: is vaginal birth after cesarean delivery a viable option? *Am J Obstet Gynecol* [Internet]. 2005 Apr [cited 2013 Sep 13];192(4):1223–8; discussion 1228–9. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/15846208>
79. Granovsky-Grisaru S, Shaya M, Diamant YZ. The management of labor in women with more than one uterine scar: is a repeat cesarean section really the only “safe” option? *J Perinat Med* [Internet]. 1994;22(1):13–7. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/8035290>
80. Asakura H, Myers SA. More than one previous cesarean delivery: a 5-year experience with 435 patients. *Obstet Gynecol* [Internet]. 1995 Jun;85(6):924–9. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/7770261>

81. Landon MB, Spong CY, Thom E, Hauth JC, Bloom SL, Varner MW, et al. Risk of uterine rupture with a trial of labor in women with multiple and single prior cesarean delivery. *Obstet Gynecol* [Internet]. 2006 Jul;108(1):12–20. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/16816050>
82. Sandall J, Tribe RM, Avery L, Mola G, Visser GH, Homer CS, et al. Short-term and long-term effects of caesarean section on the health of women and children [Internet]. Vol. 392, *The Lancet*. Lancet Publishing Group; 2018 [cited 2021 Feb 27]. p. 1349–57. Available from: <http://www.thelancet.com/article/S0140673618319305/fulltext>
83. Solheim KN, Esakoff TF, Little SE, Cheng YW, Sparks TN, Caughey AB. The effect of cesarean delivery rates on the future incidence of placenta previa, placenta accreta, and maternal mortality. *J Matern Fetal Neonatal Med* [Internet]. 2011 Nov 7;24(11):1341–6. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/21381881>
84. Silver RM. Delivery after previous cesarean: long-term maternal outcomes. *Semin Perinatol* [Internet]. 2010 Aug;34(4):258–66. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/20654776>
85. Shellhaas CS, Gilbert S, Landon MB, Varner MW, Leveno KJ, Hauth JC, et al. The frequency and complication rates of hysterectomy accompanying cesarean delivery. *Obstet Gynecol* [Internet]. 2009 Aug;114(2 Pt 1):224–9. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/19622981>
86. Lindquist SAI, Shah N, Overgaard C, Torp-Pedersen C, Glavind K, Larsen T, et al. Association of previous cesarean delivery with surgical complications after a hysterectomy later in life. *JAMA Surg* [Internet]. 2017 Dec 1 [cited 2021 Feb 27];152(12):1148–55. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/28793157/>
87. Mercer BM, Gilbert S, Landon MB, Spong CY, Leveno KJ, Rouse DJ, et al. Labor outcomes with increasing number of prior vaginal births after cesarean delivery. *Obstet Gynecol* [Internet]. 2008 Feb;111(2 Pt 1):285–91. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/18238964>
88. Paré E, Quiñones JN, Macones GA. Vaginal birth after cesarean section versus elective repeat cesarean section: assessment of maternal downstream health outcomes. *BJOG* [Internet]. 2006 Jan;113(1):75–85. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/16398775>
89. Guise J-M, Denman MA, Emeis C, Marshall N, Walker M, Fu R, et al. Vaginal birth after cesarean: new insights on maternal and neonatal outcomes. *Obstet Gynecol* [Internet]. 2010 Jun;115(6):1267–78. Available from: http://journals.lww.com/greenjournal/Fulltext/2010/06000/Vaginal_Birth_After_Cesarean__New_Insights_on.25.aspx
90. Srinivas SK, Stamilio DM, Stevens EJ, Odibo AO, Peipert JF, Macones GA. Predicting failure of a vaginal birth attempt after cesarean delivery. *Obstet Gynecol* [Internet]. 2007 Apr;109(4):800–5. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/17400839>
91. Davies HT, Crombie IK, Tavakoli M. When can odds ratios mislead? *BMJ* [Internet]. 1998 Mar 28;316(7136):989–91. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/9550961>
92. Abreu-Silva J, Castro J, Maia C, Pinho M, Carvalho C. Trial of labour after caesarean section: Two-year analysis at a Portuguese centre. *J Obstet Gynaecol (Lahore)* [Internet]. 2017 Aug 18 [cited 2020 Feb 11];37(6):704–8. Available from: <https://www.tandfonline.com/doi/full/10.1080/01443615.2017.1286465>
93. Comas M, Cochs B, Martí L, Ruiz R, Maireles S, Costa J, et al. Ultrasound examination at term for predicting the outcome of delivery in women with a previous cesarean section. *J Matern Neonatal Med* [Internet]. 2016 Dec 1 [cited 2021 Jan 22];29(23):3870–4. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/26833253/>
94. McDonald ACE, Wise MR, Thompson JM. Effect of excessive gestational weight gain on trial of labour after caesarean: A retrospective cohort study. *Aust New Zeal J Obstet Gynaecol* [Internet]. 2018 Feb 1 [cited 2021 Jan 22];58(1):64–71. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/28730610/>
95. Miller E, Sakowicz A, Donelan E, Grobman W. 116: Does midtrimester cervical length aid in predicting vaginal birth after cesarean? *Am J Obstet Gynecol* [Internet]. 2015 Jan 1 [cited 2021 Jan 22];212(1):S75–6. Available from: <http://www.ajog.org/article/S0002937814012174/fulltext>
96. van der Merwe A, Thompson J, Ekeroma A. Factors affecting vaginal birth after caesarean section at Middlemore Hospital, Auckland, New Zealand - PubMed. *N Z Med J* [Internet]. 2013 Sep [cited 2021 Jan 22];126(1383):49–57. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/24157991/>
97. Macones GA, Peipert J, Nelson DB, Odibo A, Stevens EJ, Stamilio DM, et al. Maternal complications with vaginal birth after cesarean delivery: A multicenter study. *Am J Obstet Gynecol* [Internet]. 2005 Nov [cited 2021 Jan 22];193(5):1656–62. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/16260206/>
98. Thisted DLA, Mortensen LH, Hvidman L, Krebs L. Operative technique at caesarean delivery and risk of complete uterine rupture in a subsequent trial of labour at term. A registry case-control study. *PLoS One* [Internet]. 2017 Nov 1 [cited 2021 Jan 22];12(11). Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/29136026/>
99. Vachon-Marceau C, Demers S, Goyet M, Gauthier R, Roberge S, Chaillet N, et al. Labor Dystocia and the Risk of Uterine Rupture in Women with Prior Cesarean. *Am J Perinatol* [Internet]. 2016 Jan 5 [cited 2021 Jan 22];33(6):577–83. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/26731182/>
100. Bujold E, Gauthier RJ. Risk of Uterine Rupture Associated with an Interdelivery Interval between 18 and 24 Months. *Obstet Gynecol* [Internet]. 2010 May [cited 2021 Jan 22];115(5):1003–6. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/20410775/>

101. Rietveld AL, Teunissen PW, Kazemier BM, De Groot CJM. Effect of interpregnancy interval on the success rate of trial of labor after cesarean. *J Perinatol* [Internet]. 2017 Nov 1 [cited 2021 Jan 22];37(11):1192–6. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/29138524/>
102. Bujold E, Mehta SH, Bujold C, Gauthier RJ. Interdelivery interval and uterine rupture. In: *American Journal of Obstetrics and Gynecology* [Internet]. Mosby Inc.; 2002 [cited 2021 Jan 22]. p. 1199–202. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/12439503/>
103. Bujold E, Hammoud A, Schild C, Krapp M, Baumann P. The role of maternal body mass index in outcomes of vaginal births after cesarean. *Am J Obstet Gynecol* [Internet]. 2005 Oct [cited 2021 Jan 22];193(4):1517–21. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/16202749/>
104. Durnwald CP, Ehrenberg HM, Mercer BM. The impact of maternal obesity and weight gain on vaginal birth after cesarean section success. In: *American Journal of Obstetrics and Gynecology* [Internet]. *Am J Obstet Gynecol*; 2004 [cited 2021 Jan 22]. p. 954–7. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/15467571/>
105. Abenhaim HA, Benjamin A. Higher caesarean section rates in women with higher body mass index: are we managing labour differently? *J Obstet Gynaecol Can* [Internet]. 2011 May;33(5):443–8. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/21639963>
106. Hibbard JU, Gilbert S, Landon MB, Hauth JC, Leveno KJ, Spong CY, et al. Trial of labor or repeat cesarean delivery in women with morbid obesity and previous cesarean delivery. *Obstet Gynecol*. 2006 Jul;108(1):125–33.
107. Association of Ontario Midwives. AOM CPG No. 12: The Management of Women with a High or Low BMI. (12).
108. Bayrampour H, Heaman M. Advanced maternal age and the risk of cesarean birth: a systematic review. *Birth* [Internet]. 2010 Sep;37(3):219–26. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/20887538>
109. Hesselman S, Högberg U, Ekholm-Selling K, Råssjö EB, Jonsson M. The risk of uterine rupture is not increased with single- compared with double-layer closure: A Swedish cohort study. *BJOG An Int J Obstet Gynaecol* [Internet]. 2015 Oct 1 [cited 2021 Jan 22];122(11):1535–41. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/25088680/>
110. Cheung VY. Sonographic measurement of the lower uterine segment thickness in women with previous caesarean section. *J Obstet Gynaecol Can*. 2005 Jul;27(7):674–81.
111. Bujold E, Jastrow N, Simoneau J, Brunet S, Gauthier RJ. Prediction of complete uterine rupture by sonographic evaluation of the lower uterine segment. *Am J Obstet Gynecol*. 2009 Sep;201(3):320.e1-320.e6.
112. Kok N, Wiersma IC, Opmeer BC, de Graaf IM, Mol BW, Pajkrt E. Sonographic measurement of lower uterine segment thickness to predict uterine rupture during a trial of labor in women with previous Cesarean section: a meta-analysis. *Ultrasound Obstet Gynecol* [Internet]. 2013 Aug 1 [cited 2021 Mar 22];42(2):132–9. Available from: <http://doi.wiley.com/10.1002/uog.12479>
113. Tahseen S, Griffiths M. Vaginal birth after two caesarean sections (VBAC-2) - A systematic review with meta-analysis of success rate and adverse outcomes of VBAC-2 versus VBAC-1 and repeat (third) caesarean sections [Internet]. Vol. 117, *BJOG: An International Journal of Obstetrics and Gynaecology*. *BJOG*; 2010 [cited 2021 Jan 22]. p. 5–19. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/19781046/>
114. Cahill a G, Tuuli M, Odibo AO, Stamilio DM, Macones G a. Vaginal birth after caesarean for women with three or more prior caesareans: assessing safety and success. *BJOG An Int J Obstet Gynaecol* [Internet]. 2010 Mar [cited 2013 Aug 15];117(4):422. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/20374579>
115. Cahill A, Stamilio DM, Pare E, Peipert JP, Stevens EJ, Nelson DB, et al. Vaginal birth after cesarean (VBAC) attempt in twin pregnancies: is it safe? Vol. 193, *American Journal of Obstetrics & Gynecology*. 2005. p. t-5.
116. Varner MW, Leindecker S, Spong CY, Moawad AH, Hauth JC, Landon MB, et al. The Maternal-Fetal Medicine Unit cesarean registry: trial of labor with a twin gestation. *Am J Obstet Gynecol* [Internet]. 2005 Jul;193(1):135–40. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/16021071>
117. Ramachenderan J, Bradford J, McLean M. Maternal obesity and pregnancy complications: a review. *Aust N Z J Obstet Gynaecol* [Internet]. 2008 Jun;48(3):228–35. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/18532950>
118. Chauhan SP, Grobman WA, Gherman RA, Chauhan VB, Chang G, Magann EF, et al. Suspicion and treatment of the macrosomic fetus: a review. *Am J Obstet Gynecol* [Internet]. 2005 Aug;193(2):332–46. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/16098852>
119. Elkousy MA, Sammel M, Stevens E, Peipert JF, Macones G. The effect of birth weight on vaginal birth after cesarean delivery success rates. *Am J Obstet Gynecol* [Internet]. 2003 Mar;188(3):824–30. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/12634665>
120. Lappen JR, Hackney DN, Bailit JL. Outcomes of term induction in trial of labor after cesarean delivery. In: *Obstetrics and Gynecology*. Lippincott Williams and Wilkins; 2015. p. 115–23.
121. Ashwal E, Hiersch L, Melamed N, Ben-Zion M, Brezovsky A, Wiznitzer A, et al. Pregnancy outcome after induction of labor in women with previous cesarean section. *J Matern Fetal Neonatal Med* [Internet]. 2015 Mar 22 [cited 2014 May 8];28(4):386–91. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/24749798>
122. Grobman WA, Gilbert S, Landon MB, Spong CY, Leveno KJ, Rouse DJ, et al. Outcomes of induction of labor after one prior cesarean. *Obstet Gynecol*. 2007;109(2):t-9.

123. Kruit H, Wilkman H, Tekay A, Rahkonen L. Induction of labor by Foley catheter compared with spontaneous onset of labor after previous cesarean section: a cohort study. *J Perinatol* [Internet]. 2017 [cited 2020 Feb 11];37:787–92. Available from: www.nature.com/jp
124. Schmitz T, Pourcelot AG, Moutafoff C, Biran V, Sibony O, Oury JF. Cervical ripening with low-dose prostaglandins in planned vaginal birth after cesarean. *PLoS One*. 2013 Nov 19;8(11).
125. Shatz L, Erez O, Novack L, Mazor M, Beer-Weisel R, Dukler D, et al. 310: Induction of labor after a prior cesarean delivery lessons from a population based study. *Am J Obstet Gynecol* [Internet]. 2012 Jan [cited 2020 Feb 11];206(1):S148. Available from: <https://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S0002937811016188>
126. Yogev Y, Ben-Haroush A, Lahav E, Horowitz E, Hod M, Kaplan B. Induction of labor with prostaglandin E2 in women with previous cesarean section and unfavorable cervix. *Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol* [Internet]. 2004 Oct 15;116(2):173–6. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/15358459>
127. Delaney T, Young DC. Spontaneous versus induced labor after a previous cesarean delivery. *Obstet Gynecol* [Internet]. 2003 Jul;102(1):39–44. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/12850605>
128. Zelop CM, Shipp TD, Repke JT, Cohen A, Caughey AB, Lieberman E. Uterine rupture during induced or augmented labor in gravid women with one prior cesarean delivery. *Am J Obstet Gynecol* [Internet]. 1999 Oct [cited 2020 Feb 11];181(4):882–6. Available from: <https://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S0002937899703194>
129. Grylka-Baeschlin S, Clarke M, Begley C, Daly D, Patricia H, Jane N, et al. Labour characteristics of women achieving successful vaginal birth after caesarean section in three European countries. *Midwifery* [Internet]. 2019;74:36–43. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/30925415/>
130. Hamdan M, Sidhu K, Sabir N, Omar SZ, Tan PC. Serial membrane sweeping at term in planned vaginal birth after cesarean: a randomized controlled trial. *Obstet Gynecol* [Internet]. 2009 Oct;114(4):745–51. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/19888030>
131. Boulvain M, Fraser WD, Marcoux S, Fontaine JY, Bazin S, Pinault JJ, et al. Does sweeping of the membranes reduce the need for formal induction of labour? A randomised controlled trial. *Br J Obstet Gynaecol*. 1998 Jan;105(1):34–40.
132. Goldenberg M, Dulitzky M, Feldman B, Zolti M, Bider D. Stretching of the cervix and stripping of the membranes at term: a randomised controlled study. *Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol* [Internet]. 1996 Jun;66(2):129–32. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/8735733>
133. Parlakgumus HA, Yalcinkaya C, Haydardedeoglu B, Tarim E. The impact of sweeping the membranes on cervical length and labor: a randomized clinical trial. *Ginekolo Pol* [Internet]. 2014 Sep;85(9):682–7. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/25322540>
134. Salamalekis E, Vitoratos N, Kassanos D, Loghis C, Batalias L, Panayotopoulos N, et al. Sweeping of the membranes versus uterine stimulation by oxytocin in nulliparous women. *Gynecol Obstet Investig*. 2000;49(4):240–3.
135. Wiriyastrivaj B, Vutyavanich T, Ruangsri RA. A randomized controlled trial of membrane stripping at term to promote labor. *Obstet Gynecol* [Internet]. 1996 May;87(5 Pt 1):767–70. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/8677083>
136. College of Midwives of Ontario. Prescribing and administering drugs [Internet]. Toronto; 2014. Available from: <https://www.google.ca/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&source=web&cd=1&ved=0ahUKEwuj6c6PvaDMAhVlt4MKHUcqB9kQFggcMAA&url=http%3A%2F%2Fwww.cmo.on.ca%2Fwp-content%2Fuploads%2F2015%2F07%2F16.Prescribing-and-Administering-Drugs.pdf&usq=AFQjCNGYXY68opJuexJT-hHpUWIZPfic>
137. Madaan M, Trivedi SS. Intrapartum electronic fetal monitoring vs. intermittent auscultation in postcesarean pregnancies. *Int J Gynaecol Obstet* [Internet]. 2006 Aug;94(2):123–5. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/16828100>
138. Menihan CA. The effect of uterine rupture on fetal heart rate patterns. *J Nurse Midwifery* [Internet]. 1999;44(1):40–6. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/10063224>
139. Ridgeway JJ, Weyrich DL, Benedetti TJ. Fetal heart rate changes associated with uterine rupture. *Obstet Gynecol* [Internet]. 2004 Mar [cited 2013 Jun 12];103(3):506–12. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/14990414>
140. Helewa ME. Rupture of the Pregnant Uterus: The Evidence from this Decade on Risk Factors, Predictability and Prognosis. 1999.
141. Hodnett ED, Gates S, Hofmeyr GJ, Sakala C. Continuous support for women during childbirth. *Cochrane database Syst Rev* [Internet]. 2007 Jul 18;(3)(3):CD003766. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/17636733>
142. Alfirevic Z, Devane D, Gyte GML, Cuthbert A. Continuous cardiotocography (CTG) as a form of electronic fetal monitoring (EFM) for fetal assessment during labour. Vol. 2017, *Cochrane Database of Systematic Reviews*. John Wiley and Sons Ltd; 2017.
143. American College of Nurse-Midwives. Intermittent Auscultation for Intrapartum Fetal Heart Rate Surveillance (Replaces ACNM Clinical Bulletin Number 11, March 2010). 2015.
144. Bohren MA, Hofmeyr GJ, Sakala C, Fukuzawa RK, Cuthbert A. Continuous support for women during childbirth. *Cochrane database Syst Rev* [Internet]. 2017;7:CD003766. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/28681500>

145. Wu Y, Kataria Y, Wang Z, Ming W-K, Ellervik C. Factors associated with successful vaginal birth after a cesarean section: a systematic review and meta-analysis. [cited 2021 Mar 4]; Available from: <https://doi.org/10.1186/s12884-019-2517-y>
146. Ronel D, Wiznitzer A, Sergienko R, Zlotnik A, Sheiner E. Trends, risk factors and pregnancy outcome in women with uterine rupture. *Arch Gynecol Obstet* [Internet]. 2012 Feb 7 [cited 2021 Mar 4];285(2):317–21. Available from: <https://link.springer.com/article/10.1007/s00404-011-1977-8>
147. Harper LM, Cahill AG, Roehl KA, Odibo AO, Stamilio DM, MacOnes GA. The pattern of labor preceding uterine rupture. *Am J Obstet Gynecol* [Internet]. 2012 [cited 2021 Mar 4];207(3):210.e1–210.e6. Available from: [/pmc/articles/PMC3432730/](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/PMC3432730/)
148. Gonen R, Tamir A, Degani S, Ohel G. Variables associated with successful vaginal birth after one cesarean section: a proposed vaginal birth after cesarean section score. *Am J Perinatol*. 2004;21(8):447–53.
149. McNally OM, Turner MJ. Induction of Labour After 1 Previous Caesarean Section. *Aust New Zeal J Obstet Gynaecol* [Internet]. 1999 Nov 1;39(4):425–9. Available from: <https://doi.org/10.1111/j.1479-828X.1999.tb03126.x>
150. Grisaru-Granovsky S, Bas-Lando M, Drukker L, Haouzi F, Farkash R, Samueloff A, et al. Epidural analgesia at trial of labor after cesarean (TOLAC): A significant adjunct to successful vaginal birth after cesarean (VBAC). *J Perinat Med*. 2018 Apr 25;46(3):261–9.
151. Rahm V-A, Hallgren A, Högberg H, Hurtig I, Odland V. Plasma oxytocin levels in women during labor with or without epidural analgesia: a prospective study. *Acta Obstet Gynecol Scand* [Internet]. 2002 Nov;81(11):1033–9. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/12421171>
152. Leighton BL, Halpern SH. The effects of epidural analgesia on labor, maternal, and neonatal outcomes: a systematic review. *Am J Obstet Gynecol* [Internet]. 2002 May;186(5 Suppl Nature):S69–77. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/12011873>
153. Cahill AG, Odibo AO, Allsworth JE, Macones GA. Frequent epidural dosing as a marker for impending uterine rupture in patients who attempt vaginal birth after cesarean delivery. *Am J Obstet Gynecol* [Internet]. 2010 Apr;202(4):355.e1–5. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/20350643>
154. Cohen A, Cohen Y, Laskov I, Maslovitz S, Lessing JB, Many A. Persistent abdominal pain over uterine scar during labor as a predictor of delivery complications. *Int J Gynecol Obstet* [Internet]. 2013;123(3):200–2. Available from: http://resolver.scholarsportal.info/resolve/00207292/v123i0003/200_papousaapodc
155. Rowe R, Li Y, Knight M, Brocklehurst P, Hollowell J. Maternal and perinatal outcomes in women planning vaginal birth after caesarean (VBAC) at home in England: secondary analysis of the Birthplace national prospective cohort study. *BJOG An Int J Obstet Gynaecol* [Internet]. 2016 Jun 23 [cited 2020 Feb 4];123(7):1123–32. Available from: <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/abs/10.1111/1471-0528.13546>
156. Janssen PA, Saxell L, Page LA, Klein MC, Liston RM, Lee SK. Outcomes of planned home birth with registered midwife versus planned hospital birth with midwife or physician. *CMAJ* [Internet]. 2009 Sep 15 [cited 2013 Jun 11];181(6–7):377–83. Available from: <http://www.cma.ca/content/181/6-7/377.full>
157. Darling EK. Vaginal Birth After Cesarean Section: Outcomes of Women Receiving Midwifery Care in Ontario. *Can J Midwifery Res Pract* [Internet]. 2011;10(1):9–19. Available from: https://www.cjmrp.com/files/v10n1_darling_vbac.pdf
158. Lieberman E, Ernst EK, Rooks JP, Stapleton S, Flamm B. Results of the national study of vaginal birth after cesarean in birth centers. *Obstet Gynecol* [Internet]. 2004 Nov;104(5 Pt 1):933–42. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/15516382>
159. Keedle H, Schmied V, Burns E, Dahlen HG. Women's reasons for, and experiences of, choosing a homebirth following a caesarean section. *BMC Pregnancy Childbirth* [Internet]. 2015 Sep 3 [cited 2020 Dec 21];15(1):206. Available from: <http://bmcpregnancychildbirth.biomedcentral.com/articles/10.1186/s12884-015-0639-4>
160. HQO, PCMCH. Vaginal Birth After Cesarean: Care for People Who Have Had a Cesarean Birth and Are Planning Their Next Birth [Internet]. 2018 [cited 2020 Dec 21]. Available from: <https://www.pcmch.on.ca/wp-content/uploads/2018/04/VBAC-Quality-Standard-EN-April-2018.pdf>
161. College of Midwives of Ontario. Position Statement: VBAC and Choice of Birthplace [Internet]. 2014 [cited 2021 Feb 13]. Available from: <http://www.cmo.on.ca/wp-content/uploads/2015/07/FINAL-Vaginal-Birth-After-Cesarean-Section-and-Choice-of-Birthplace-May-2014.pdf>
162. National Aboriginal Council of Midwives. Position Statement on Evacuation for Birth [Internet]. [cited 2021 Apr 30]. Available from: https://indigenousmidwifery.ca/wp-content/uploads/2019/05/PS_BirthEvac.pdf
163. Lang CT, Landon MB. Uterine rupture as a source of obstetrical hemorrhage. *Clin Obstet Gynecol* [Internet]. 2010 Mar;53(1):237–51. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/20142660>
164. PCMCH. Standardized Maternal and Newborn Levels of Care Definitions [Internet]. 2013 [cited 2020 Dec 22]. Available from: <https://www.pcmch.on.ca/wp-content/uploads/2015/07/Level-of-Care-Guidelines-2011-Updated-August1-20131.pdf>

TABLEAU 1 : MISES À JOUR 2021 DES RECOMMANDATIONS ET DES ÉNONCÉS DE BONNES PRATIQUES, ET EXPLICATIONS DES CHANGEMENTS

Recommandation originale [2011]	Recommandation ou énoncé de bonne pratique mis à jour [2021]	Explication du ou des changements
AVAC planifié par rapport à l'ACC à la suite d'une césarienne antérieure		
1. Les risques et les avantages de l'AVAC par rapport à l'ACI doivent être abordés avec la clientèle qui a un historique de césarienne. Cette discussion, y compris la décision de la clientèle, doit être consignée de façon appropriée dans le dossier de la clientèle. II-2B	1. Les sages-femmes devraient recommander un AVAC planifié à la clientèle qui a déjà eu une césarienne. Les discussions permettant de faire des choix informés devraient comprendre : • Les risques et les avantages d'un AVAC planifié par rapport à l'accouchement par césarienne itérative; • Les risques et les avantages de la césarienne et de l'accouchement vaginal, de façon plus générale; • Le rôle de l'AVAC planifié dans le travail et l'accouchement physiologiques; • Les ressources locales et l'accès à des services en temps opportun dans la collectivité de la clientèle; • Les valeurs et préférences de la clientèle ainsi que sa tolérance au risque. Cette discussion, y compris la décision de la clientèle, doit être consignée dans le dossier de la clientèle. [nouveau 2021] <i>Cette recommandation présuppose une absence de contre-indication à l'accouchement vaginal/AVAC (voir la liste des contre-indications à la page 14)</i> Recommandation ferme : très faible certitude des données probantes <i>Cette recommandation reconnaît que l'AVAC est un choix sécuritaire pour la majorité de la clientèle qui a déjà eu une césarienne. Elle reconnaît la clientèle en tant que principale décideuse et reconnaît que l'AVAC est un moyen de réussir un accouchement physiologique à faible intervention.</i>	La recommandation demeure largement cohérente avec la recommandation originale, bien que les deux premières recommandations du GPC précédent étaient combinées pour former la recommandation suivante : • Les aspects de la discussion permettant de faire des choix informés qui se trouvaient dans la recommandation n° 2 du GPC original sont maintenant inclus dans les puces ici présentes.
2. Recommander l'AVAC planifié comme moyen d'obtenir les avantages d'un accouchement normal tout en étant à l'écoute des préoccupations et des valeurs de chaque personne et en respectant sa décision informée. III-C	Incluse dans la recommandation ci-dessus.	Cette recommandation fait maintenant partie de la première recommandation pour l'AVAC planifié puisqu'elle traite d'aspects précis des soins à la clientèle et du choix informé associé à l'AVAC par rapport à l'ACI.

Recommandation originale [2011]	Recommandation ou énoncé de bonne pratique mis à jour [2021]	Explication du ou des changements
AVAC planifié par rapport à l'ACC à la suite de deux césariennes antérieures ou plus		
	NOUVEAU : Recommandation 2. Offrir un AVAC planifié à la clientèle qui a eu deux césariennes antérieures ou plus [nouveau 2021] <i>Cette recommandation présuppose une absence de contre-indication à l'accouchement vaginal/AVAC (voir la liste des contre-indications à la page 14)</i> Recommandation ferme : très faible certitude des données probantes <i>Cette recommandation reconnaît la clientèle à titre de décideuse principale et elle reconnaît l'AVAC comme un moyen de réussir un travail et un accouchement physiologiques.</i>	Cette nouvelle recommandation a été incluse pour appuyer la gestion de l'AVAC par les sages-femmes après deux césariennes antérieures ou plus. La recommandation est basée sur un ensemble de données probantes qui démontrent peu ou pas de différence dans les résultats chez les parents donnant naissance et les nouveau-nés lorsqu'on compare l'AVAC après deux césariennes ou plus à l'ACI, tout en considérant les risques associés à des césariennes multiples.
3. Recommander l'AVAC planifié pour la clientèle qui envisage d'avoir plus d'un enfant après une césarienne antérieure. L'augmentation de la morbidité maternelle et périnatale associée à l'ACI et à des césariennes multiples a des répercussions à long terme sur la santé. II-2	3. Pour la clientèle qui envisage d'avoir plus d'un enfant après avoir eu une césarienne, les sages-femmes devraient discuter des avantages de l'AVAC plutôt que de l'ACI, notamment des conséquences à long terme de césariennes multiples. [2021] <i>Cet énoncé de bonne pratique reconnaît l'augmentation des risques associés à de multiples césariennes et les avantages d'AVAC cumulatifs.</i>	Selon la méthode GRADE, cette recommandation est maintenant considérée comme un énoncé de bonne pratique. Les énoncés de bonnes pratiques de ce GPC représentent des lignes directrices que le groupe de travail estime importantes, mais ne conviennent pas à des évaluations officielles de la certitude des données probantes. Les énoncés de bonnes pratiques sont produits lorsque le comité est convaincu que l'action a un avantage net pour la clientèle et qu'il n'existe aucune autre solution de rechange raisonnable.
Est-il possible de prévoir les résultats de l'AVAC ?		
4. Les sages-femmes doivent discuter des facteurs pertinents qui peuvent influencer les probabilités de réussite ou de risque de l'AVAC avec leur clientèle. Aviser la clientèle que de tels facteurs ne sont pas des contre-indications à l'AVAC, mais qu'ils peuvent être des facteurs à considérer dans leurs soins durant le travail. III-C	15. Les sages-femmes doivent discuter des facteurs pertinents qui peuvent influencer les probabilités d'AVAC ou le risque de rupture utérine avec leur clientèle. Aviser la clientèle que de tels facteurs ne sont pas des contre-indications à la planification d'un AVAC, mais qu'ils peuvent être des facteurs à considérer dans leurs soins durant le travail. [2021] <i>Cet énoncé de bonne pratique reconnaît la clientèle à titre de décideuse principale. Cette recommandation reconnaît que la présence d'un ou de plusieurs de ces facteurs ne permet pas nécessairement de prédire une rupture utérine ou un AVAC réussi, et que par conséquent, ces facteurs ne limitent pas le choix.</i>	Selon la méthode GRADE, cette recommandation est maintenant considérée comme un énoncé de bonne pratique. Les énoncés de bonnes pratiques de ce GPC représentent des lignes directrices que le WG estime importantes, mais ne conviennent pas à des évaluations officielles de la certitude des données probantes. Les énoncés de bonnes pratiques sont produits lorsque le comité est convaincu que l'action a un avantage net pour la clientèle et qu'il n'existe aucune autre solution de rechange raisonnable.

Recommandation originale [2011]	Recommandation ou énoncé de bonne pratique mis à jour [2021]	Explication du ou des changements
Est-il possible de prévoir les résultats de l'AVAC ?		
5. Durant l'élaboration du plan de soins pour une clientèle qui planifie un AVAC, demander et examiner une copie du dossier de chirurgie des césariennes antérieures. L'incapacité à obtenir une copie du dossier doit être indiquée dans le dossier de la personne. III-C	16. Durant l'élaboration du plan de soins pour une clientèle qui planifie un AVAC, la sage-femme doit tout mettre en œuvre pour obtenir une copie du dossier de chirurgie de la césarienne antérieure. L'incapacité à obtenir une copie du dossier n'est pas une contre-indication à l'AVAC planifié, mais elle doit être indiquée dans le dossier de la personne. [2021] Cet énoncé de bonne pratique reconnaît les sages-femmes à titre de fournisseuses de soins principales qui possèdent les connaissances, les compétences et le jugement pour offrir des soins à la clientèle qui planifie un AVAC.	Selon la méthode GRADE, cette recommandation est maintenant considérée comme un énoncé de bonne pratique. Les énoncés de bonnes pratiques de ce GPC représentent des lignes directrices que le WG estime importantes, mais ne conviennent pas à des évaluations officielles de la certitude des données probantes. Les énoncés de bonnes pratiques sont produits lorsque le comité est convaincu que l'action a un avantage net pour la clientèle et qu'il n'existe aucune autre solution de rechange raisonnable.
Gestion du travail pour la clientèle qui planifie un AVAC		
6. Pour les personnes qui planifient un AVAC, le déclenchement du travail doit être évité à moins que les avantages l'emportent sur les risques. Au besoin, les sages-femmes doivent effectuer une consultation en obstétrique et évaluer les risques et les avantages des méthodes de déclenchement avec la personne donnant naissance et le consultant. Comme dans toute situation clinique où les sages-femmes sont responsables des soins, il est recommandé de mettre en place un plan clair de communication continue avec le consultant au sujet de la progression du travail et de l'état de la mère et du fœtus lorsque les sages-femmes sont les principales fournisseuses de soins pour le déclenchement du travail d'un AVAC. III-C	6. Les sages-femmes devraient évaluer les risques et les avantages du déclenchement ou de la stimulation pour l'AVAC planifié avec leur clientèle. Lorsque le déclenchement ou la stimulation est indiqué sur le plan médical, les sages-femmes doivent l'offrir à leur clientèle. • Lorsqu'une sage-femme effectue un déclenchement ou une stimulation du travail auprès de la clientèle, elle doit mettre en place un plan clair de communication continue avec le médecin de garde et l'équipe interprofessionnelle au sujet de l'évolution du travail et du bien-être du parent donnant naissance et du fœtus. [nouveau 2021] Recommandation ferme : faible/très faible certitude des données probantes <i>Cette recommandation reconnaît la clientèle à titre de décideuse principale en ce qui concerne ses soins et elle reconnaît que l'AVAC est un moyen de réussir un accouchement physiologique. Elle accorde également de la valeur à l'importance de soins respectueux et à la collaboration interprofessionnelle afin d'offrir des options de soins à la clientèle.</i>	Après avoir passé en revue les données probantes et considéré les risques et les avantages du déclenchement et de la stimulation du travail, le comité du GPC a choisi de réviser la formulation originale et de s'éloigner d'un langage laissant entendre que les déclenchements devraient être évités. Ce changement reflète l'augmentation des données probantes qui indiquent que bien que le déclenchement du travail soit associé à des taux plus élevés de rupture utérine que le travail spontané, le risque absolu de rupture utérine demeure faible. Le comité du GPC recommande plutôt fortement que toutes les sages-femmes aient des discussions permettant de faire des choix informés avec la clientèle au sujet des risques et des avantages. Le comité du GPC a précisé que si un déclenchement médical est nécessaire, il doit être offert. La formulation de la recommandation a également été mise à jour en éliminant le langage concernant la consultation en obstétrique, car la gestion du déclenchement fait partie du champ de pratique des sages-femmes.

Recommandation originale [2011]	Recommandation ou énoncé de bonne pratique mis à jour [2021]	Explication du ou des changements
Gestion du travail pour la clientèle qui planifie un AVAC		
7. Lorsqu'une stimulation ou un déclenchement du travail est nécessaire durant le travail d'un AVAC et que la sage-femme est la principale fournisseuse de soins, cette dernière doit tenir compte de la rapidité avec laquelle l'équipe d'obstétrique et de pédiatrie sera disponible si une aide d'urgence est requise. Cela peut comprendre une communication continue avec l'équipe au sujet de la progression du travail et de l'état de la mère et du fœtus. III-C	Incluse dans la recommandation ci-dessus.	Cette recommandation fait maintenant partie d'une recommandation plus vaste sur le déclenchement et la stimulation du travail (recommandation n° 6) puisqu'elle concerne des aspects précis de la gestion du déclenchement et de la stimulation du travail durant l'AVAC planifié.
8. Le monitoring de la fréquence cardiaque fœtale peut être effectué des façons suivantes : • Auscultation intermittente toutes les 15 minutes durant la phase active du travail et toutes les 5 minutes durant la deuxième phase; • À l'aide du MÉF continu selon les protocoles actuels. Les risques relatifs et absolus d'événements indésirables graves en l'absence de monitoring électronique fœtale continu sont inconnus. III-C	7. Le monitoring de la fréquence cardiaque fœtale peut être effectué des façons suivantes : • Auscultation intermittente toutes les 15 minutes durant la phase active du travail et toutes les 5 minutes durant la deuxième phase; • À l'aide du MÉF continu selon les protocoles actuels. Avant le travail, il est important de discuter des risques et des avantages de l'AI et du MÉF avec la clientèle et de l'indiquer dans son dossier. [nouveau 2021] Recommandation ferme : très faible certitude des données probantes <i>Cette recommandation reconnaît la clientèle à titre de décideuse principale. Elle reconnaît le savoir-faire des sages-femmes dans l'utilisation de l'AI et pour prodiguer des soins personnalisés continus.</i>	La recommandation demeure largement cohérente avec la recommandation originale, toutefois un accent sur les discussions à propos des risques et des avantages des méthodes de monitoring fœtal a été ajouté à l'énoncé.

Recommandation originale [2011]	Recommandation ou énoncé de bonne pratique mis à jour [2021]	Explication du ou des changements
Gestion du travail pour la clientèle qui planifie un AVAC		
9. Le MÉF continu doit être utilisé si le travail est prolongé ou pour toute anomalie de la fréquence cardiaque fœtale remarquée durant l'auscultation intermittente. II-2A	8. Le MÉF continu doit être utilisé si le travail est prolongé ou pour toute anomalie de la fréquence cardiaque fœtale remarquée durant l'auscultation intermittente, et que les mesures correctives n'entraînent aucune amélioration. [2011] Recommandation ferme: très faible certitude des données probantes <i>Cette recommandation reconnaît la capacité de la sage-femme à reconnaître l'apparition de complications et à adapter les soins en fonction du portrait clinique.</i>	La recommandation demeure cohérente avec la recommandation originale, en ajoutant que le MÉF doit être amorcé lorsque les mesures correctives demeurent inefficaces pour faire changer ou réagir la fréquence cardiaque fœtale.
10. Pour la clientèle qui a un historique de césarienne, il est important que les sages-femmes détectent et documentent de façon précise le déclenchement du travail actif et qu'elles soient à l'affût d'un travail prolongé. II-2A	9. Pour la clientèle qui a un historique de césarienne, il est important que les sages-femmes détectent et documentent de façon précise le déclenchement du travail actif et qu'elles soient à l'affût d'un travail prolongé. [2021] <i>Cet énoncé de bonne pratique reconnaît la base de données probantes qui associe la dystocie au risque de rupture utérine. Il reconnaît également la capacité des sages-femmes à évaluer la clientèle en travail et à déterminer la nécessité d'une prise de décisions en temps opportun.</i>	Selon la méthode GRADE, cette recommandation est maintenant considérée comme un énoncé de bonne pratique. Les énoncés de bonnes pratiques de ce GPC représentent des lignes directrices que le WG estime importantes, mais ne conviennent pas à des évaluations officielles de la certitude des données probantes. Les énoncés de bonnes pratiques sont produits lorsque le comité est convaincu que l'action a un avantage net pour la clientèle et qu'il n'existe aucune autre solution de rechange raisonnable.
11. Pour la clientèle ayant un historique de césarienne et pour laquelle un travail prolongé a été établi, une consultation en obstétrique doit être demandée et l'accès intraveineux et le MÉF continu doivent être amorcés s'ils ne sont pas déjà en cours, en attendant la consultation en obstétrique. III-A	10. Pour la clientèle ayant un historique de césarienne et pour laquelle un travail prolongé a été établi, l'accès intraveineux et le MÉF continu doivent être amorcés s'ils ne sont pas déjà en cours. Si les tentatives des sages-femmes pour traiter une évolution lente sont infructueuses, elles doivent demander une consultation en obstétrique. [nouveau 2021] <i>Cet énoncé de bonne pratique reconnaît la continuité des soins et la capacité de la sage-femme à évaluer la nécessité d'une collaboration interprofessionnelle en fonction du portrait clinique.</i>	Selon la méthode GRADE, cette recommandation est maintenant considérée comme un énoncé de bonne pratique. Les énoncés de bonnes pratiques de ce GPC représentent des lignes directrices que le WG estime importantes, mais ne conviennent pas à des évaluations officielles de la certitude des données probantes. Les énoncés de bonnes pratiques sont produits lorsque le comité est convaincu que l'action a un avantage net pour la clientèle et qu'il n'existe aucune autre solution de rechange raisonnable.

Recommandation originale [2011]	Recommandation ou énoncé de bonne pratique mis à jour [2021]	Explication du ou des changements
Gestion du travail pour la clientèle qui planifie un AVAC		
S.O.	NOUVEAU: Recommandation 11. Pour les personnes qui ont un historique de césarienne, l'utilisation de l'analgésie épidurale durant l'AVAC n'est pas contre-indiquée. • Pour la clientèle que cette méthode de soulagement de la douleur intéresse, les risques et les avantages de l'analgésie épidurale durant l'AVAC planifié doivent être abordés. [nouveau 2021] Recommandation ferme: très faible certitude des données probantes <i>Cette recommandation reconnaît la clientèle à titre de décideuse principale, reflète une base de données probantes indiquant que l'utilisation de l'analgésie épidurale ne dissimule pas les symptômes de rupture utérine et soutient les sages-femmes dans l'administration des soins principaux pour la surveillance et le maintien de l'analgésie épidurale.</i>	L'information qui se trouve actuellement dans cette nouvelle recommandation a été fournie dans le corps du texte du GPC de 2010, mais pas sous la forme d'une recommandation. Cette nouvelle recommandation a été incluse pour rendre les données probantes concernant l'analgésie épidurale et l'AVAC planifié plus explicites (elle n'est pas contre-indiquée, car elle ne dissimule pas les signes de rupture utérine), tout en reconnaissant également que les risques et les avantages de l'analgésie épidurale (augmentation de l'utilisation de la stimulation à l'ocytocine, augmentation du risque d'accouchement avec intervention, diminution du taux d'accouchement vaginal) doivent être abordés avec la clientèle dans le cadre d'une discussion permettant de faire des choix informés.
12. Une consultation rapide doit être amorcée si la personne qui a déjà eu une césarienne est en travail et qu'elle ressent une douleur inhabituelle ou si l'analgésie épidurale est utilisée, mais qu'elle n'est pas efficace. III-C	12. Une consultation rapide doit être amorcée si la personne en travail ressent une douleur inhabituelle ou si l'analgésie épidurale est utilisée, mais qu'elle n'est pas efficace. [2011] <i>Cet énoncé de bonne pratique reconnaît la capacité de la sage-femme à détecter l'apparition de complications et à travailler de façon interprofessionnelle pour offrir des soins sécuritaires et d'excellente qualité à la clientèle.</i>	Selon la méthode GRADE, cette recommandation est maintenant considérée comme un énoncé de bonne pratique. Les énoncés de bonnes pratiques de ce GPC représentent des lignes directrices que le WG estime importantes, mais ne conviennent pas à des évaluations officielles de la certitude des données probantes. Les énoncés de bonnes pratiques sont produits lorsque le comité est convaincu que l'action a un avantage net pour la clientèle et qu'il n'existe aucune autre solution de rechange raisonnable.

Recommandation originale [2011]	Recommandation ou énoncé de bonne pratique mis à jour [2021]	Explication du ou des changements
Choix du lieu de naissance et AVAC planifié		
13. La discussion permettant de faire des choix informés à propos des risques et des avantages de l'AVAC planifié et du choix du lieu de naissance doit être complète et bien documentée. Les informations consignées à propos de cette discussion doivent comprendre une présentation des risques et des avantages abordés, les valeurs et les préférences de la clientèle, et toute recommandation effectuée par la sage-femme, le cas échéant. III-C	13. Les sages-femmes doivent offrir le choix du lieu de naissance à toute la clientèle, ce qui comprend les personnes qui planifient un AVAC, mais qui sont autrement à faible risque de complications. La discussion permettant de faire des choix informés à propos des risques et des avantages de l'AVAC planifié et du choix du lieu de naissance doit être complète et bien documentée. [nouveau 2021] Les informations consignées à propos de la discussion doivent comprendre une présentation des risques et des avantages abordés, les valeurs et les préférences de la clientèle, et toute recommandation effectuée par la sage-femme, le cas échéant. Recommandation ferme : faible/très faible certitude des données probantes <i>Cette recommandation reconnaît la clientèle à titre de décideuse principale en ce qui concerne ses soins, ainsi que le principe fondamental du choix du lieu de naissance dans la pratique des sages-femmes.</i>	La recommandation demeure la même.
14. La clientèle doit être informée que peu de données probantes ont été publiées à propos des résultats, y compris la sécurité, de l'AVAC dans un environnement hors de l'hôpital. Bien que la qualité de ces études varie, elles ne démontrent pas une augmentation du risque. III-C	Énoncé de recommandation supprimé.	Ces informations se trouvent dans une partie du GPC nommée <i>Considérations concernant le choix du lieu de naissance et l'AVAC</i> (p. 42) qui décrit de façon explicite les considérations importantes à aborder dans la discussion permettant de faire des choix informés en ce qui concerne le lieu de naissance pour la clientèle qui planifie un AVAC.
15. Pour les personnes qui planifient un AVAC, décrire les politiques en place concernant l'AVAC dans les hôpitaux où les sages-femmes traitantes ont des privilèges hospitaliers. Les choix informés de la clientèle relativement à l'acceptation ou au refus des interventions recommandées à l'hôpital doivent être respectés. III-C	Énoncé de recommandation supprimé.	Ces informations se trouvent dans une partie du GPC nommée <i>Considérations concernant le choix du lieu de naissance et l'AVAC</i> (p. 42) qui décrit de façon explicite les considérations importantes à aborder dans la discussion permettant de faire des choix informés en ce qui concerne le lieu de naissance pour la clientèle qui planifie un AVAC.

Recommandation originale [2011]	Recommandation ou énoncé de bonne pratique mis à jour [2021]	Explication du ou des changements
Considérations concernant la période post-partum		
16. Pour les personnes qui ont eu une césarienne, discuter du lien entre l'intervalle entre les accouchements et le risque de rupture utérine, ainsi que des considérations relatives à la planification des naissances avant de leur donner leur congé. II-2B	14. Pour les personnes qui ont eu une césarienne, discuter du lien entre l'intervalle entre les accouchements et le risque de rupture utérine, ainsi que des considérations relatives à la planification des naissances avant de leur donner leur congé. [2011] <i>Cet énoncé de bonne pratique reconnaît la continuité des soins et la compétence des sages-femmes pour fournir des informations sur la santé à la clientèle.</i>	Selon la méthode GRADE, cette recommandation est maintenant considérée comme un énoncé de bonne pratique. Les énoncés de bonnes pratiques de ce GPC représentent des lignes directrices que le WG estime importantes, mais ne conviennent pas à des évaluations officielles de la certitude des données probantes. Les énoncés de bonnes pratiques sont produits lorsque le comité est convaincu que l'action a un avantage net pour la clientèle et qu'il n'existe aucune autre solution de rechange raisonnable.