

**Normes  
de qualité**

# Accouchement vaginal après césarienne

Soins destinés aux personnes ayant  
accouché par césarienne et planifiant leur  
prochain accouchement

**Qualité des services  
de santé Ontario**

*Améliorons notre système de santé*



## Sommaire

Cette norme de qualité traite des soins destinés aux personnes ayant accouché par césarienne et planifiant leur prochain accouchement. Elle met l'accent sur les soins destinés aux personnes enceintes d'un bébé à terme ayant la tête en bas. Les principaux objectifs de cette norme de qualité sont d'améliorer l'accès à l'accouchement vaginal après césarienne sûr et de promouvoir la prise de décision partagée et éclairée. La réalisation de ces objectifs devrait également augmenter au fil du temps le taux d'accouchements vaginaux après césarienne planifiés en Ontario.

## Table des matières

À propos de nos normes de qualité	1
Comment utiliser les normes de qualité	1
À propos de cette norme de qualité	2
Portée de cette norme de qualité	2
Pourquoi cette norme de qualité est-elle nécessaire?	2
Principes sous-jacents de cette norme de qualité	3
Moyens de mesurer le succès	4
Énoncés de qualité en bref	5
<b>Énoncé de qualité 1</b> : Accès à l'accouchement vaginal après césarienne	7
<b>Énoncé de qualité 2</b> : Discussion après la césarienne	9
<b>Énoncé de qualité 3</b> : Prise de décision commune	12
<b>Énoncé de qualité 4</b> : Accouchement vaginal antérieur	16
<b>Énoncé de qualité 5</b> : Rapports opératoires et type d'incision	18
<b>Énoncé de qualité 6</b> : Accès en temps opportun à l'accouchement par césarienne	22
<b>Énoncé de qualité 7</b> : Travail non planifié	26
<b>Énoncé de qualité 8</b> : Déclenchement et stimulation du travail	29
<b>Énoncé de qualité 9</b> : Symptômes de la rupture utérine	33

**TABLE DES MATIÈRES** SUITE DE LA PAGE PRÉCÉDENTE

Remerciements	37
Références	38
À propos de Qualité des services de santé Ontario	40
À propos du Provincial Council for Maternal and Child Health	41

# À propos de nos normes de qualité

Qualité des services de santé Ontario, en collaboration avec des experts cliniques, des patients, des résidents et des aidants naturels de la province, crée des normes de qualité pour l'Ontario. Cette norme de qualité a également été élaborée en partenariat avec le Provincial Council for Maternal and Child Health.

Les normes de qualité sont des ensembles concis d'énoncés élaborés pour :

- aider les patients, les résidents, les familles et les aidants naturels à savoir quelles questions poser en lien avec leurs soins;
- aider les professionnels de la santé à connaître les soins qu'ils doivent fournir, en se fondant sur les meilleures données probantes et le consensus d'experts;
- aider les organisations de la santé à mesurer, à évaluer et à améliorer leur performance en matière de soins aux patients.

Les énoncés de la présente norme de qualité ne remplacent pas la responsabilité des professionnels de la santé de prendre des décisions quant à leurs patients après avoir considéré les circonstances uniques de chacun d'entre eux.

## Comment utiliser les normes de qualité

Les normes de qualité informent les fournisseurs de soins et les organismes des caractéristiques des soins de santé de qualité supérieure sur le plan des aspects des soins qui sont désignés comme étant une priorité pour améliorer la qualité dans la province. Elles sont fondées sur les meilleures données probantes disponibles.

Elles comprennent également des indicateurs pour aider les cliniciens et les organisations à évaluer la qualité des soins qu'ils offrent et à trouver les écarts et les occasions d'amélioration. Ces indicateurs évaluent les processus, la structure, et les résultats.

De plus, des outils et des ressources appuyant les cliniciens et les organisations dans leurs efforts d'amélioration de la qualité accompagnent chaque norme.

Pour obtenir de plus amples renseignements sur l'utilisation des normes de qualité, envoyez un courriel à l'adresse [qualitystandards@hqontario.ca](mailto:qualitystandards@hqontario.ca).

# À propos de cette norme de qualité

## Portée de cette norme de qualité

La portée de cette norme de qualité s'étend du counselling post-partum après une césarienne à des soins prénataux et intrapartum pendant la grossesse et l'accouchement suivants.

Les conseils donnés dans cette norme de qualité sur les soins de grossesse portent plus particulièrement sur les personnes ayant déjà accouché par césarienne, qui sont enceintes d'un bébé à terme ayant la tête en bas (> 37 semaines) et qui reçoivent des soins de grossesse d'un professionnel de la santé. Même si les personnes ayant déjà accouché plus d'une fois par césarienne font partie de ce champ d'application, les données de recherche sont limitées pour cette population. Une évaluation individualisée et un jugement clinique attentif dans le cadre d'une prise de décision commune sont essentiels dans cette situation.

## Pourquoi cette norme de qualité est-elle nécessaire?

Les principaux objectifs de ces normes de qualité sont d'améliorer l'accès à un AVAC sûr et de promouvoir une prise de décision commune et réfléchie. La plupart des personnes qui ont eu une césarienne peuvent avoir un AVAC et de nombreuses données indiquent que c'est une option sécuritaire pour la plupart des personnes enceintes admissibles<sup>1-3</sup>. Toutefois, les taux d'AVAC ont diminué au fil du temps. Au cours de l'exercice financier 2014-2015, le taux de césariennes répétées en Ontario était de 83,3 %. Les césariennes répétées représentent environ le tiers des naissances par césarienne au total (Registre et réseau des Bons résultats dès la naissance, juin 2016), ce qui laisse croire que l'augmentation du taux d'AVAC pourrait également réduire considérablement le taux global de naissances par césarienne dans la province.

La présente norme ne s'applique pas aux personnes qui ont les contre-indications suivantes à l'accouchement vaginal après césarienne (AVAC) :

- Une cicatrice utérine antérieure classique ou en T inversé
- Une hystérotomie ou une myomectomie antérieure dans la cavité utérine
- Une rupture utérine antérieure
- Un placenta accreta
- Un placenta increta
- Un placenta percreta
- Un placenta prævia
- Toute autre complication maternelle ou fœtale qui constitue une contre-indication à l'accouchement vaginal

Les personnes qui envisagent un AVAC doivent tenir compte aussi bien des avantages globaux (par ex., temps de rétablissement plus rapide, risque plus faible de placentation anormale avec une future grossesse et réduction de la morbidité respiratoire néonatale) que des risques potentiels (par ex., la rupture utérine, qui survient dans environ 1 cas sur 200 après césarienne)<sup>1-3</sup>. Dans l'ensemble, les données disponibles suggèrent que l'AVAC et l'accouchement par césarienne de convenance peuvent être pratiqués en toute sécurité et que, pour un grand nombre de personnes, les différences absolues sont probablement minimes pour ce qui est des conséquences maternelles et néonatales<sup>1-3,5,6</sup>. La prise de décision partagée et éclairée est donc particulièrement importante pour que les personnes enceintes puissent recevoir les soins les plus conformes à leurs valeurs et préférences.

Il y a une variation importante des taux d'AVAC prévus dans les régions de l'Ontario; elle peut être liée à des différences régionales dans les ressources disponibles là où la naissance est prévue : les petits hôpitaux ayant moins de ressources ont globalement des taux d'AVAC inférieurs (Registre et réseau des Bons résultats dès la naissance, juin 2016). Dans les régions qui ne peuvent pas offrir un accès en temps opportun à l'accouchement par césarienne, les choix pour l'AVAC planifié peuvent être plus limités. Les décisions peuvent aussi être influencées par des facteurs sociaux, financiers ou culturels<sup>7</sup>. La personne enceinte peut changer de mode d'accouchement préféré d'une grossesse à l'autre, ou être plus influencée par ses expériences d'accouchement, par ce que ses pairs lui ont dit et par ce qu'elle a lu sur

Internet que par les conseils des professionnels de la santé<sup>8</sup>. La recherche constate également une variation importante entre les régions et les établissements dans le recours à la prise de décision partagée entre les cliniciens et les patients qui planifient leur prochain accouchement<sup>8</sup>.

Cette norme de qualité vise à faire en sorte que toutes les Ontariens qui planifient un accouchement après césarienne se voient offrir l'AVAC, ainsi que les hôpitaux qui appuient et offrent l'AVAC dans le cadre de soins de grande qualité fondés sur des données probantes.

## Principes sous-jacents de cette norme de qualité

Cette norme de qualité est étayée par les principes du respect et de l'équité.

Les personnes enceintes qui ont déjà accouché par césarienne doivent recevoir des services d'une manière qui respecte leurs droits et de leur dignité et qui favorise une prise de décision commune.

Les personnes enceintes qui ont déjà accouché par césarienne reçoivent des services qui respectent leur genre, leur orientation sexuelle, leur statut socioéconomique, leur statut en matière de logement, leur âge, leur origine (y compris leur appartenance culturelle, leur origine ethnique et leur religion) et leur handicap. La langue, un outil de communication de base, est une partie essentielle de la sécurité des soins et doit être prise en compte tout au long

du cheminement du patient au sein du réseau de la santé. Par exemple, dans des établissements principalement anglophones, les services devraient être activement offerts en français ainsi que dans d'autres langues.

Les fournisseurs de soins devraient connaître le contexte historique des peuples autochtones canadiens et être sensibles aux répercussions des traumatismes intergénérationnels et des torts physiques, mentaux, affectifs et sociaux que vivent les personnes, les familles et les collectivités autochtones.

Un système de santé de qualité offre des soins de grande qualité à tous les Ontariens, peu importe leur lieu de résidence, leur statut financier ou leur identité.

## Moyens de mesurer le succès

Nous avons fixé un nombre limité d'objectifs pour cette norme de qualité dans son ensemble, et nous avons associé ces objectifs aux indicateurs de performance pour mesurer son succès :

- Pourcentage de personnes enceintes admissibles qui prévoient un AVAC
- Pourcentage de personnes enceintes admissibles qui ont un AVAC
- Pourcentage de personnes enceintes admissibles qui planifient un accouchement par césarienne de convenance

Les mesures suivantes visent à équilibrer les mesures afin de s'assurer que l'AVAC continue d'être une option sécuritaire pour les personnes qui planifient un accouchement après césarienne :

- Taux de rupture utérine par 1 000 AVAC planifiés
- Pourcentage de nouveau-nés qui restent dans l'unité de soins intensifs néonataux plus de 4 heures parmi ceux qui sont nés d'une personne ayant planifié un AVAC comparativement à ceux qui sont nés d'une personne qui prévoyait un accouchement par césarienne de convenance

- Taux de morbidité et de mortalité chez les nouveau-nés qui sont nés d'une personne ayant planifié un AVAC comparativement à ceux qui sont nés d'une personne qui prévoyait un accouchement par césarienne de convenance

De plus, chaque énoncé de qualité au sein de cette norme est accompagné d'au moins un indicateur. Ces indicateurs ont pour objectif d'orienter la mesure des efforts d'amélioration de la qualité associés à la mise en œuvre de l'énoncé. Afin d'évaluer le caractère équitable de la prestation des soins, on peut classer les indicateurs de la norme de qualité selon les données socioéconomiques et démographiques des patients et des aidants : revenu, scolarité, langue, âge, etc.



# Énoncés de qualité en bref

## ÉNONCÉ DE QUALITÉ 1 :

### **Accès à l'accouchement vaginal après césarienne**

---

Les personnes qui ont déjà eu une césarienne peuvent planifier un accouchement vaginal pour la prochaine fois, pourvu qu'il n'y ait aucune contre-indication médicale.

## ÉNONCÉ DE QUALITÉ 2 :

### **Discussion après la césarienne**

---

Après la césarienne, la personne ayant accouché discute avec son médecin ou sa sage-femme et reçoit des informations écrites sur les raisons de son accouchement par césarienne et ses options pour ses futurs accouchements.

## ÉNONCÉ DE QUALITÉ 3 :

### **Prise de décision commune**

---

Les personnes enceintes qui ont déjà eu une césarienne participent à la prise de décision commune avec leur médecin ou leur sage-femme. La discussion et le mode d'accouchement prévu sont documentés dans le dossier périnatal.

## ÉNONCÉ DE QUALITÉ 4 :

### **Accouchement vaginal antérieur**

---

Les personnes enceintes qui ont déjà eu une césarienne et un accouchement vaginal sont informées qu'elles ont une forte probabilité d'avoir un accouchement vaginal réussi si aucune contre-indication n'est présente.

## ÉNONCÉ DE QUALITÉ 5 :

### **Rapports opératoires et type d'incision**

---

Les médecins et les sages-femmes obtiennent un rapport opératoire de toutes les césariennes passées autant que possible. Les personnes enceintes qui ont eu une césarienne précédente avec un type inconnu d'incision utérine reçoivent une évaluation individualisée de leur médecin ou de leur sage-femme pour déterminer la probabilité d'une incision transversale basse.

## ÉNONCÉ DE QUALITÉ 6 :

### **Accès en temps opportun à l'accouchement par césarienne**

---

Les personnes enceintes qui planifient un AVAC sont conscientes des ressources disponibles et non disponibles à leur lieu de naissance prévu, y compris les médecins, les sages-femmes, les soins infirmiers, l'anesthésiologie et les soins néonataux, et de la possibilité d'accoucher en temps opportun par césarienne.

## ÉNONCÉ DE QUALITÉ 7 :

### **Travail non planifié**

---

Les personnes enceintes planifiant un accouchement par césarienne de convenance doivent avoir avec leur médecin ou leur sage-femme une discussion documentée sur la possibilité d'un AVAC si elles accouchent à la suite d'un travail non planifié. Elle devrait avoir lieu pendant les soins prénatals et encore une fois si elles arrivent à l'hôpital pendant le travail.

#### ÉNONCÉ DE QUALITÉ 8 :

##### **Déclenchement et stimulation du travail**

---

Selon l'état médical des personnes enceintes ayant déjà eu une césarienne, on leur propose de déclencher artificiellement le travail ou d'augmenter leur ocytocine pour stimuler le travail. Leur médecin ou leur sage-femme les avise des avantages et des inconvénients potentiels associés à la méthode proposée. La discussion à ce sujet devrait commencer pendant la période prénatale.

#### ÉNONCÉ DE QUALITÉ 9 :

##### **Symptômes de la rupture utérine**

---

Pendant la phase active du travail, les personnes enceintes qui ont déjà eu une césarienne sont étroitement surveillées afin de détecter tout symptôme de rupture utérine.

# Accès à l'accouchement vaginal après césarienne

Les personnes qui ont déjà eu une césarienne peuvent planifier un accouchement vaginal pour la prochaine fois, pourvu qu'il n'y ait aucune contre-indication médicale.

## Contexte

L'AVAC est sûr et approprié pour la plupart des personnes qui ont déjà accouché par césarienne<sup>1-3,6</sup>. Lorsqu'aucune contre-indication à l'AVAC n'est présente, les médecins et les sages-femmes devraient conseiller aux personnes enceintes et à leur famille de faire des choix qui reflètent leurs valeurs, leurs préférences et leurs priorités<sup>2</sup>.

Ce genre de soins de soutien nécessite la disponibilité de professionnels de la santé et d'établissements qui offrent et encouragent l'AVAC planifié<sup>2</sup>. Les politiques institutionnelles locales, les leaders d'opinion, l'audit et la rétroaction sont autant de moyens potentiellement efficaces de favoriser l'accès à l'AVAC<sup>2</sup>.

---

**Sources:** American Academy of Family Physicians, 2014<sup>2</sup> | Association des sages-femmes de l'Ontario, 2011<sup>1</sup> | Royal College of Obstetricians and Gynaecologists, 2015<sup>3</sup> | Schifrin and Cohen, 2013<sup>9</sup> | La Société des obstétriciens et gynécologues du Canada, 2005<sup>6</sup>

## La signification de cet énoncé de qualité

### Pour les personnes enceintes

Si vous avez déjà eu une césarienne, vous pouvez planifier un accouchement vaginal pour la prochaine fois, pourvu qu'il n'y ait aucune contre-indication médicale.

### Pour les cliniciens

Faites preuve de soutien en offrant l'AVAC à toutes les personnes enceintes qui ont déjà accouché par césarienne et qui n'ont pas de contre-indication à l'accouchement vaginal.

### Pour les services de santé

Veillez à ce que les professionnels et les établissements de santé disposent des systèmes, des processus et des ressources nécessaires pour offrir et soutenir l'AVAC planifié.

## Indicateurs de qualité

### Indicateur structurel

#### Disponibilité des installations qui ont des politiques favorables à l'AVAC

- Collecte de données locales

## DÉFINITIONS UTILISÉES DANS CET ÉNONCÉ DE QUALITÉ

---

### Accès

Les personnes enceintes qui planifient un AVAC ont accès à un médecin ou à une sage-femme qui appuie l'AVAC. Cet accès peut inclure le renvoi à un service plus complet pouvant offrir un AVAC planifié.

## Discussion après la césarienne

Après la césarienne, la personne ayant accouché discute avec son médecin ou sa sage-femme et reçoit des informations écrites sur les raisons de son accouchement par césarienne et ses options pour ses futurs accouchements.

### Contexte

Les préférences pour les futurs accouchements sont généralement exprimées entre les grossesses<sup>8</sup>. Par conséquent, l'AVAC devrait être présenté comme une option pour les futurs accouchements à la sortie de l'hôpital et de nouveau à la visite postnatale de six semaines. Il est important de discuter des raisons de la naissance par césarienne initiale afin que le patient et sa famille puissent utiliser cette information pour la planification de futurs grossesses et accouchements<sup>10</sup>. Il faut également discuter du lien qui existe entre un intervalle de moins de 18 à 24 mois entre les naissances et le risque accru de la rupture utérine<sup>1,6</sup>. Le médecin ou la sage-femme doit s'interroger sur l'état affectif et le bien-être du patient, et l'encourager à poser des questions.

Pendant la discussion, l'information devrait être fournie sous forme écrite afin qu'elle puisse être conservée et communiquée<sup>10</sup>. En effet, elle facilite la communication avec les fournisseurs de soins d'une naissance à l'autre, car le contexte clinique et les facteurs entourant l'accouchement par césarienne précédent sont alors clairs non seulement pour le médecin ou la sage-femme, mais aussi pour la personne enceinte et sa famille. Elle peut aussi soutenir la prise de décision partagée pendant la prochaine grossesse. Cette discussion devrait être répétée pour chaque accouchement par césarienne subséquent.

---

**Sources:** Association des sages-femmes de l'Ontario 2011<sup>1</sup> | Munro, 2016<sup>6</sup> | National Institute for Health and Care Excellence, 2011 (mis à jour en 2012)<sup>10</sup> | La Société des obstétriciens et gynécologues du Canada, 2005<sup>6</sup>

## La signification de cet énoncé de qualité

### Pour les personnes enceintes

Avant de quitter l'hôpital, votre médecin ou votre sage-femme devrait vous parler et vous donner des informations écrites sur les raisons pour lesquelles vous avez eu une césarienne et sur vos options pour vos futurs accouchements. On devrait vous communiquer cette information sous la forme d'un rapport écrit (voir la section des définitions). Vous devriez en discuter à nouveau lors de votre visite postnatale de six semaines.

### Pour les cliniciens

Discutez avec les personnes qui ont accouché par césarienne et fournissez-leur des informations écrites sur les raisons de leur accouchement par césarienne et leurs options pour les accouchements futurs.

### Pour les services de santé

Assurez-vous que les médecins et les sages-femmes disposent des systèmes, des ressources et de la formation nécessaires pour pouvoir mener des discussions, et fournissez des informations écrites sur les raisons des accouchements par césarienne et les options pour les accouchements futurs.

## DÉFINITIONS UTILISÉES DANS CET ÉNONCÉ DE QUALITÉ

---

### Discussion

Conversation entre la personne qui a eu une césarienne, sa famille et un médecin ou une sage-femme pour fournir des informations précises sur la raison de l'accouchement par césarienne, y compris la situation clinique, les indications récurrentes et non récurrentes de l'accouchement par césarienne, et sur la façon dont elle pourrait affecter les options pour les futurs accouchements. Elle devrait avoir lieu avant que cette personne ne reçoive son congé de l'hôpital. Il faudrait aussi y revenir lors de la visite postnatale de six semaines. Elle devrait avoir lieu après chaque accouchement par césarienne.

### Informations écrites

L'information écrite pourrait consister en un rapport opératoire, mais elle doit être facile à lire et comprendre les éléments suivants :

- Âge gestationnel
- Raison de la césarienne
- Position et présentation fœtale
- Durée du travail et dilatation avant la césarienne
- Si le travail a été provoqué ou stimulé
- Type d'incision utérine, élargissement de l'incision et fermeture
- Toute contre-indication à un futur accouchement vaginal

## Indicateurs de qualité

### Indicateurs de processus

**Pourcentage de personnes ayant accouché par césarienne et discutant avec leur médecin ou leur sage-femme des raisons de leur accouchement par césarienne et de leurs options pour les accouchements futurs au moment de leur congé**

- Dénominateur : Nombre de personnes ayant accouché par césarienne
- Numérateur : Nombre de personnes au dénominateur qui discutent avec leur médecin ou leur sage-femme des raisons de leur accouchement par césarienne et de leurs options pour les accouchements futurs au moment de leur congé
- Source de données : Collecte de données locales

**Pourcentage de personnes ayant accouché par césarienne et discutant avec leur médecin ou leur sage-femme des raisons de leur accouchement par césarienne et de leurs options pour les accouchements futurs lors de la visite postnatale de six semaines**

- Dénominateur : Nombre de personnes ayant accouché par césarienne
- Numérateur : Nombre de personnes au dénominateur qui discutent avec leur médecin ou leur sage-femme des raisons de leur accouchement par césarienne et de leurs options pour les accouchements futurs lors de la visite postnatale de six semaines
- Source de données : Collecte de données locales

**Pourcentage de personnes ayant accouché par césarienne et ayant reçu des informations écrites après avoir discuté avec leur médecin ou leur sage-femme des raisons de leur accouchement par césarienne et de leurs options pour les accouchements futurs au moment de leur congé et lors de la visite postnatale de six semaines**

- Dénominateur : Nombre de personnes ayant accouché par césarienne et discutant avec leur médecin ou leur sage-femme des raisons de leur accouchement par césarienne et de leurs options pour les accouchements futurs au moment de leur congé et lors de la visite postnatale de six semaines
- Numérateur : Nombre de personnes au dénominateur qui reçoivent des informations écrites sur les raisons de leur accouchement par césarienne et sur leurs options pour les accouchements futurs lors de la visite postnatale de six semaines
- Source de données : Collecte de données locales

## Prise de décision commune

**Les personnes enceintes qui ont déjà eu une césarienne participent à la prise de décision commune avec leur médecin ou leur sage-femme. La discussion et le mode d'accouchement prévu sont documentés dans le dossier périnatal.**

### Contexte

Les personnes enceintes admissibles qui ont déjà accouché par césarienne devraient recevoir des conseils sur l'AVAC planifié et l'accouchement par césarienne de convenance<sup>1,2,6</sup>. Le choix du mode d'accouchement nécessite une prise de décision commune et tient compte des valeurs et des préférences du patient, des résultats de la césarienne précédente et du rapport opératoire précédent, de son profil de risque et des facteurs cliniques pertinents pour la grossesse en cours. Si le patient le désire, ce processus comprend également son conjoint ou sa famille.

Les médecins et les sages-femmes devraient informer les personnes enceintes ayant déjà accouché par césarienne que l'AVAC est une option sécuritaire pour la plupart des gens, mais pas sans risque<sup>1-3,6</sup>. Le counselling prénatal devrait comprendre des informations sur la préparation pendant le travail (p. ex., la surveillance électronique du fœtus, un accès immédiat à la césarienne) et des informations impartiales sur les avantages et les inconvénients potentiels de l'AVAC par rapport à l'accouchement par césarienne de convenance, y compris :



**CONTEXTE** SUITE DE LA PAGE PRÉCÉDENTE

- Fonctionnement attendu après la grossesse, douleur et temps de récupération
- Complications potentielles
- Morbidité et mortalité maternelles et néonatales potentielles
- Répercussions sur les grossesses futures

Le risque de rupture utérine pendant le travail après une césarienne précédente est estimé à 1 cas sur 200<sup>1-3,6</sup>. La rupture utérine nécessite une césarienne d'urgence et augmente le risque de saignement maternel et la nécessité d'une hystérectomie<sup>6</sup>. Elle peut entraîner la mort maternelle ou périnatale si une césarienne n'est pas effectuée assez rapidement<sup>6</sup>. L'utilisation d'un outil d'aide à la décision est recommandée pour faciliter les meilleures pratiques en matière de prise de décision partagée, de consentement éclairé et de documentation<sup>3</sup>. Ces aides présentent les informations sur les risques de manière équilibrée et exhaustive, de manière à aider le patient à mieux exprimer ses préférences, ce qui favorise une prise de décision éclairée.

Les médecins et les sages-femmes devraient documenter le counselling prénatal sur l'AVAC, la décision du patient concernant le mode de naissance planifié et le plan de naissance si le travail spontané a lieu avant la date prévue de l'accouchement lorsqu'on a opté pour l'accouchement par césarienne de convenance<sup>1,3,6</sup>.

---

**Sources:** American Academy of Family Physicians, 2014<sup>2</sup> | Association des sages-femmes de l'Ontario, 2011<sup>1</sup> | Royal College of Obstetricians and Gynaecologists, 2015<sup>3</sup> | La Société des obstétriciens et gynécologues du Canada, 2005<sup>6</sup>

## La signification de cet énoncé de qualité

### Pour les personnes enceintes

Lorsque vous choisissez la façon dont vous voulez accoucher, vous et votre médecin ou votre sage-femme devriez travailler ensemble pour prendre des décisions. Vous devriez discuter de la façon dont vous voulez vivre votre accouchement, ainsi que des avantages et des inconvénients possibles de l'AVAC et de l'accouchement par césarienne de convenance.

### Pour les cliniciens

Fournir du counselling prénatal favorisant la prise de décision commune quant au mode de naissance et offrir l'AVAC, le cas échéant. Documenter la discussion et le mode d'accouchement prévu dans le dossier périnatal.

### Pour les services de santé

S'assurer que les systèmes sont en place pour que les médecins et les sages-femmes aient les compétences nécessaires pour prendre part à la prise de décision commune, et documenter la discussion et le mode de naissance planifié dans le dossier périnatal.

## DÉFINITIONS UTILISÉES DANS CET ÉNONCÉ DE QUALITÉ

### Dossier périnatal

Documentation normalisée des soins périnatals. La version 2016 de l'Ontario Perinatal Record documente les soins pour la grossesse, l'accouchement et la période où naissent les nouveau-nés très précoces.

### Prise de décision commune

Processus de collaboration qui permet aux patients et à leurs professionnels de la santé de prendre des décisions ensemble. Le professionnel de la santé<sup>11</sup> :

- Invite le patient à participer
- Présente les options
- Renseigne le patient sur les avantages et les inconvénients potentiels de chaque option, lui prodigue des soins pendant le travail et discute avec lui des interventions potentielles
- L'aide à évaluer les options en fonction de ses valeurs et de ses préférences
- Facilite la délibération et la prise de décision
- L'aide à mettre en œuvre les décisions prises
- Fournit des aides à la prise de décision ou d'autres outils

## Indicateurs de qualité

### Indicateurs de processus

**Pourcentage de personnes enceintes ayant eu une discussion documentée avec leur médecin ou leur sage-femme sur leurs valeurs et leurs préférences, sur les avantages et les inconvénients potentiels de l'AVAC planifié, et sur les avantages et les inconvénients potentiels d'un accouchement par césarienne de convenance**

- Dénominateur : Nombre de personnes enceintes ayant accouché par césarienne
- Numérateur : Nombre de personnes au dénominateur ayant eu une discussion documentée avec leur médecin ou leur sage-femme sur leurs valeurs et leurs préférences, sur les avantages et les inconvénients potentiels de l'AVAC planifié, et sur les avantages et les inconvénients potentiels d'un accouchement par césarienne de convenance
- Source de données : Collecte de données locales

**Pourcentage de personnes enceintes ayant déjà accouché par césarienne et dont le mode de naissance planifié est documenté dans leur dossier clinique**

- Dénominateur : Nombre de personnes enceintes ayant accouché par césarienne
- Numérateur : Nombre de personnes au dénominateur dont le mode de naissance planifié est documenté dans leur dossier clinique
- Source de données : Registre et réseau des Bons résultats dès la naissance

## Accouchement vaginal antérieur

Les personnes enceintes qui ont déjà eu une césarienne et un accouchement vaginal sont informées qu'elles ont une forte probabilité d'avoir un accouchement vaginal réussi si aucune contre-indication n'est présente.

### Contexte

Le principal prédicteur de l'AVAC est d'avoir déjà eu un accouchement vaginal; dans ce scénario, le taux de succès de l'AVAC est élevé : de 85 % à 90 % environ<sup>3</sup>. L'accouchement vaginal antérieur est également associé de façon indépendante à un risque réduit de rupture utérine<sup>3</sup>. Les médecins et les sages-femmes devraient informer les personnes enceintes qui ont déjà accouché par césarienne et par voie vaginale

ou qui ont déjà eu un AVAC qu'elles ont de bonnes chances d'avoir un AVAC réussi pour la grossesse actuelle. Les médecins et les sages-femmes devraient encourager l'AVAC planifié s'il n'y a pas de contre-indication en raison de son temps de récupération plus rapide, du risque plus faible de placentation anormale lors de futures grossesses et du risque plus faible de rupture utérine<sup>1-3,6</sup>.

---

**Sources:** American Academy of Family Physicians, 2014<sup>2</sup> | Association des sages-femmes de l'Ontario, 2011<sup>1</sup> | Royal College of Obstetricians and Gynaecologists, 2015<sup>3</sup> | La Société des obstétriciens et gynécologues du Canada, 2005<sup>6</sup>

## La signification de cet énoncé de qualité

### Pour les personnes enceintes

Si vous avez eu un accouchement vaginal auparavant, vous êtes très susceptible d'avoir un accouchement vaginal réussi après une césarienne, pourvu qu'il n'y ait pas de raisons médicales d'en éviter un pendant cette grossesse.

### Pour les cliniciens

Informez les personnes enceintes qui ont déjà accouché par césarienne et par voie vaginale, et qui n'ont pas de contre-indication à l'accouchement vaginal pour leur grossesse actuelle qu'elles ont de bonnes chances d'avoir un AVAC réussi.

### Pour les services de santé

Assurez-vous que les processus et les systèmes sont en place pour informer les personnes enceintes qui ont déjà accouché par césarienne et par voie vaginale, et qui n'ont pas de contre-indication à l'accouchement vaginal pour leur grossesse actuelle, qu'elles ont de bonnes chances d'avoir un AVAC réussi.

## Indicateurs de qualité

### Indicateur de résultat

**Pourcentage de personnes enceintes qui ont déjà accouché par césarienne et par voie vaginale et qui prévoient un AVAC pour leur grossesse actuelle**

- Dénominateur : Nombre de personnes enceintes ayant déjà accouché par césarienne et par voie vaginale
- Numérateur : Nombre de personnes au dénominateur qui planifient un AVAC pour leur grossesse actuelle
- Source de données : Registre et réseau des Bons résultats dès la naissance

## Rapports opératoires et type d'incision

**Les médecins et les sages-femmes obtiennent un rapport opératoire de toutes les césariennes passées autant que possible. Les personnes enceintes qui ont eu une césarienne précédente avec un type inconnu d'incision utérine reçoivent une évaluation individualisée de leur médecin ou de leur sage-femme pour déterminer la probabilité d'une incision transversale basse.**

### Contexte

Les médecins et les sages-femmes doivent s'efforcer d'obtenir un rapport opératoire de la césarienne précédente pour élaborer un plan de soins approprié pour les personnes qui envisagent un AVAC<sup>1</sup>. Ils doivent examiner le rapport opératoire et noter le type d'incision utérine utilisée, ainsi que tout élargissement de l'incision<sup>6</sup>. Une cicatrice utérine antérieure classique ou inversée, une myomectomie antérieure dans la cavité utérine ou une rupture utérine antérieure sont des contre-indications au travail après une césarienne<sup>6</sup>.

Lorsque le rapport opératoire n'est pas disponible, les médecins et les sages-femmes doivent discuter des détails spécifiques de la ou des césariennes précédentes afin de déterminer la probabilité d'une incision utérine transverse basse<sup>6</sup>. Ils doivent tenir compte de la raison de la césarienne précédente, de l'âge gestationnel au moment de la césarienne précédente et de tout autre détail clinique pertinent. Tout autre antécédent gynécologique pertinent, y compris d'autres interventions utérines, doit être pris en compte et documenté.

## CONTEXTE SUITE DE LA PAGE PRÉCÉDENTE

Si la probabilité d'une incision transversale basse est élevée, le travail après césarienne peut être offert avec le consentement éclairé et une discussion des risques accrus possibles de dommages dus à la rupture utérine<sup>6</sup>. L'incapacité d'obtenir le ou les rapports opérationnels antérieurs devrait être documentée<sup>1</sup>.

---

**Sources:** Association des sages-femmes de l'Ontario, 2011<sup>1</sup> | Royal College of Obstetricians and Gynaecologists, 2015<sup>3</sup> | La Société des obstétriciens et gynécologues du Canada, 2005<sup>6</sup>

## La signification de cet énoncé de qualité

### Pour les personnes enceintes

Votre médecin ou sage-femme devrait lire le rapport de votre césarienne précédente. S'ils ne connaissent pas le type de cicatrice sur votre utérus causée par votre césarienne précédente, ils devraient aider à déterminer si un AVAC est bon pour vous.

### Pour les cliniciens

Dans la mesure du possible, obtenez les rapports opératoires des césariennes précédentes afin de dresser le plan de soins qui s'impose. L'incapacité d'obtenir le dossier opératoire doit être documentée, et l'AVAC peut toujours être offert avec la prise de décision commune. Documentez la discussion et le mode d'accouchement planifié. Lorsque le type d'incision utilisé lors de la césarienne précédente est inconnu, évaluez la préférence du patient et les circonstances cliniques entourant la césarienne précédente afin de déterminer si l'AVAC est faisable.

### Pour les services de santé

Veillez à ce que les médecins, les sages-femmes et les établissements disposent des ressources, des systèmes et des processus nécessaires pour obtenir et envoyer dans les meilleurs délais des rapports opératoires sur les césariennes précédentes. Lorsque le type d'incision utilisé lors de la césarienne précédente est inconnu, assurez-vous que les médecins et les sages-femmes possèdent les connaissances et les compétences nécessaires pour évaluer les circonstances cliniques entourant la césarienne précédente et déterminer si l'AVAC est faisable.

## DÉFINITIONS UTILISÉES DANS CET ÉNONCÉ DE QUALITÉ

---

### Incision utérine

Type d'incision faite à l'utérus pendant l'accouchement par césarienne. Elle peut être différente de l'incision faite sur la peau. L'incision transversale basse dans l'utérus inférieur est le type d'incision le plus couramment utilisé au Canada et présente un risque moindre de rupture utérine que les autres types<sup>1-3,6</sup>.

### Évaluation individualisée

Évaluation qui comprend les circonstances de la césarienne précédente, les valeurs et les préférences du patient, son profil de risque et les facteurs cliniques pertinents pour la grossesse actuelle et la santé du fœtus pendant le travail.



## Indicateurs de qualité

### Indicateurs de processus

**Pourcentage de personnes enceintes qui ont déjà eu une césarienne et dont le médecin ou la sage-femme fait une tentative documentée pour obtenir le rapport opératoire de la césarienne précédente**

- Dénominateur : Nombre de personnes enceintes ayant accouché par césarienne
- Numérateur : Nombre de personnes au dénominateur dont le médecin ou la sage-femme fait une tentative documentée pour obtenir le rapport opératoire de la césarienne précédente
- Source de données : Collecte de données locales

**Pourcentage de personnes enceintes qui ont déjà eu une césarienne avec un type inconnu d'incision utérine et qui ont subi une évaluation individualisée documentée pour déterminer si l'AVAC est faisable**

- Dénominateur : Nombre de personnes enceintes ayant accouché par césarienne avec un type inconnu d'incision utérine
- Numérateur : Nombre de personnes au dénominateur qui ont une évaluation individualisée documentée pour déterminer si l'AVAC est faisable
- Source de données : Collecte de données locales

## Accès en temps opportun à l'accouchement par césarienne

**Les personnes enceintes qui planifient un AVAC sont conscientes des ressources disponibles et non disponibles à leur lieu de naissance prévu, y compris les médecins, les sages-femmes, les soins infirmiers, l'anesthésiologie et les soins néonataux, et de la possibilité d'accoucher en temps opportun par césarienne.**

### Contexte

En cas d'urgence, le risque pour le patient et le nouveau-né est accru si la césarienne est retardée<sup>3,6</sup>. Par conséquent, le médecin ou la sage-femme doit faire savoir au patient que l'endroit le plus sûr pour l'AVAC est l'hôpital, lieu où le fœtus peut être surveillé de façon continue et où le patient peut accoucher par césarienne sans tarder si besoin est. Les médecins

et les sages-femmes doivent être conscients de la disponibilité dans leur hôpital de médecins, de sages-femmes, d'infirmiers, d'anesthésiologistes et de pédiatres pouvant aider les personnes en travail<sup>6</sup>. Cette information devrait être communiqué aux personnes qui planifient un AVAC dans le cadre d'une prise de décision commune (énoncé de qualité 3)<sup>1</sup>.

## CONTEXTE SUITE DE LA PAGE PRÉCÉDENTE

Les hôpitaux devraient avoir des politiques et des protocoles écrits pour promouvoir l'AVAC et y assurer l'accès, notamment la façon dont les médecins sont avisés ou consultés pour pratiquer, si nécessaire, une césarienne en temps opportun<sup>2,6</sup>. Il faut discuter et tenir compte des facteurs maternels susceptibles d'accroître le risque de rupture utérine lors de la planification du lieu de naissance; il peut être approprié de recommander le patient à un service plus complet qui comprend des soutiens pour l'AVAC planifié.

---

**Sources:** American Academy of Family Physicians, 2014<sup>2</sup> | Association des sages-femmes de l'Ontario, 2011<sup>1</sup> | Royal College of Obstetricians and Gynaecologists, 2015<sup>3</sup> | La Société des obstétriciens et gynécologues du Canada, 2005<sup>6</sup>

## La signification de cet énoncé de qualité

### Pour les personnes enceintes

Si vous planifiez un AVAC, votre médecin ou votre sage-femme devrait vous parler des ressources disponibles et non disponibles à l'endroit où vous prévoyez accoucher, et de ce qui se passerait si vous avez besoin d'une césarienne non planifiée. Si vous envisagez un accouchement vaginal après césarienne, l'endroit le plus sûr pour le faire est l'hôpital.

### Pour les cliniciens

Informez les personnes enceintes qui planifient un AVAC de la disponibilité ou de la non-disponibilité du médecin, de la sage-femme, des soins infirmiers, de l'anesthésiologie et des ressources néonatales au lieu prévu de leur accouchement au cas où elles auraient besoin d'une césarienne non planifiée. Si le patient prévoit accoucher en dehors de l'hôpital, informez-le des plans de transport et de la rapidité du transfert à l'hôpital.

### Pour les services de santé

Veillez à ce que les médecins, les sages-femmes et les autres employés du service de santé aient les connaissances nécessaires pour informer les personnes enceintes planifiant un AVAC des ressources qui sont disponibles ou non au lieu prévu de leur accouchement. La pratique devrait être appuyée par une politique, un protocole ou une directive écrits.

## DÉFINITIONS UTILISÉES DANS CET ÉNONCÉ DE QUALITÉ

---

### Accès rapide

Si la césarienne est indiquée, elle devrait se produire rapidement, car tout retard dans l'opération pourrait avoir de graves conséquences pour la mère ou le nouveau-né.

## Indicateurs de qualité

### Indicateur de processus

**Pourcentage de personnes enceintes planifiant un AVAC qui ont discuté de façon documentée des ressources disponibles et non disponibles au lieu prévu de leur accouchement, y compris les soins obstétricaux, infirmiers et néonataux, l'anesthésiologie et la possibilité d'accoucher à temps par césarienne**

- Dénominateur : Nombre de personnes enceintes prévoyant un AVAC
- Numérateur : Nombre de personnes au dénominateur qui ont discuté de façon documentée des ressources disponibles et non disponibles au lieu prévu de leur accouchement, y compris les soins obstétricaux, infirmiers et néonataux, l'anesthésiologie et la possibilité d'accoucher à temps par césarienne
- Source de données : Collecte de données locales

## Travail non planifié

**Les personnes enceintes planifiant un accouchement par césarienne de convenance doivent avoir avec leur médecin ou leur sage-femme une discussion documentée sur la possibilité d'un AVAC si elles accouchent à la suite d'un travail non planifié. Elle devrait avoir lieu pendant les soins prénatals et encore une fois si elles arrivent à l'hôpital pendant le travail.**

### Contexte

Pendant les soins prénatals, les médecins et les sages-femmes devraient discuter de la possibilité d'un accouchement non planifié survenant avant la date prévue de l'accouchement avec les personnes qui planifient un accouchement par césarienne de convenance. Dans ce cas, toute préférence pour l'AVAC doit être documentée dans le dossier périnatal de ces personnes.

Les personnes planifiant un accouchement par césarienne de convenance mais entrant en travail de façon imprévue devraient prendre part, avec leur médecin ou leur sage-femme, à la prise de décision commune sur la faisabilité de l'AVAC à leur arrivée à

l'hôpital<sup>2,3</sup>. Leurs préférences, les facteurs cliniques qui peuvent augmenter le risque de rupture utérine et le jugement clinique du médecin ou de la sage-femme devraient être pris en compte lors de la détermination du mode de naissance<sup>2</sup>. Les prestataires de soins obstétricaux et les personnes enceintes devraient continuer à prendre part à la prise de décision commune pendant le travail après une césarienne s'il y a des changements dans l'état de santé de la mère ou du fœtus qui peuvent influencer sur les risques associés au travail et à la possibilité d'avoir un accouchement vaginal<sup>2</sup>.

---

**Sources:** American Academy of Family Physicians, 2014<sup>2</sup> | Royal College of Obstetricians and Gynaecologists, 2015<sup>3</sup>

## La signification de cet énoncé de qualité

### Pour les personnes enceintes

Si vous prévoyez d'avoir une autre césarienne mais que votre travail commence avant votre césarienne planifiée, il est toujours possible d'accoucher par voie vaginale. Parlez de vos options à votre médecin ou à votre sage-femme si le travail se déclenche plus tôt que prévu.

### Pour les cliniciens

Incitez les personnes qui planifient un accouchement par césarienne de convenance à prendre une décision commune sur la faisabilité de l'AVAC si un travail non planifié se déclenche.

### Pour les services de santé

Veillez à ce que les systèmes, les processus et les ressources soient disponibles pour les médecins, les sages-femmes et les établissements afin d'inciter la personne enceinte à prendre une décision commune sur la faisabilité de l'AVAC si un travail non planifié se déclenche.

## DÉFINITIONS UTILISÉES DANS CET ÉNONCÉ DE QUALITÉ

---

### Travail non planifié

Travail qui commence spontanément, avant l'accouchement par césarienne de convenance.

## Indicateurs de qualité

### Indicateurs de processus

**Pourcentage de personnes enceintes planifiant un accouchement par césarienne de convenance et ayant eu avec leur médecin ou leur sage-femme une discussion documentée qui comprend la prise de décision partagée pendant les soins prénatals au sujet de la faisabilité de l'AVAC dans le cas de travail non planifié**

- Dénominateur : Nombre de personnes enceintes prévoyant un accouchement par césarienne de convenance
- Numérateur : Nombre de personnes au dénominateur ayant avec leur médecin ou leur sage-femme une discussion documentée qui comprend la prise de décision partagée pendant les soins prénatals au sujet de la faisabilité de l'AVAC dans le cas de travail non planifié
- Source de données : Collecte de données locales

**Pourcentage de personnes enceintes planifiant un accouchement par césarienne de convenance, mais entrant en travail de façon imprévue et ayant avec leur médecin ou leur sage-femme une discussion documentée qui comprend la prise de décision partagée au sujet de la faisabilité de l'AVAC**

- Dénominateur : Nombre de personnes enceintes prévoyant un accouchement par césarienne de convenance, mais entrant en travail de façon imprévue
- Numérateur : Nombre de personnes au dénominateur qui ont une discussion documentée qui comprend la prise de décision partagée avec leur médecin ou leur sage-femme au sujet de la faisabilité de l'AVAC
- Source de données : Collecte de données locales



## Déclenchement et stimulation du travail

Selon l'état médical des personnes enceintes ayant déjà eu une césarienne, on leur propose de déclencher artificiellement le travail ou d'augmenter leur ocytocine pour stimuler le travail. Leur médecin ou leur sage-femme les avise des avantages et des inconvénients potentiels associés à la méthode proposée. La discussion à ce sujet devrait commencer pendant la période prénatale.

### Contexte

Des preuves suggèrent que, comparativement au travail spontané, le déclenchement ou la stimulation du travail après une césarienne précédente augmente le risque de rupture utérine de 2 à 3 fois et celui de naissance par césarienne de 1,5 fois<sup>3</sup>. Cependant, parce que le risque absolu de rupture utérine est faible, le déclenchement artificiel ou la stimulation du travail peuvent être offerts s'ils sont médicalement

indiqués, après consultation sur les avantages et les dangers potentiels<sup>6</sup>. Les médecins et les sages-femmes devraient discuter avec leur patient de la décision de provoquer ou de stimuler le travail, de la méthode proposée, des intervalles entre les examens vaginaux, et des critères de progression du travail en vertu desquels ils décideraient d'interrompre le travail et de procéder à un accouchement par césarienne<sup>3</sup>.

## CONTEXTE SUITE DE LA PAGE PRÉCÉDENTE

S'ils décident d'augmenter l'ocytocine, les cliniciens devraient prêter une attention particulière à la progression du travail et à l'activité utérine. Le recours à l'ocytocine nécessite des soins infirmiers ou obstétricaux personnalisés et une surveillance fœtale électronique continue pendant le travail actif.

Chez les personnes ayant déjà accouché par césarienne, une grossesse qui se prolonge au-delà de 40 semaines ne constitue pas une contre-indication au travail<sup>6</sup>. Le déclenchement du travail ne devrait être envisagée qu'après 41 semaines, à moins qu'il y ait d'autres indications médicales à cet égard<sup>12</sup>. Les méthodes mécaniques de déclenchement telles que l'amniotomie ou la maturation cervicale avec le cathéter de Foley sont préférables, car elles sont associées à un risque plus faible de rupture utérine<sup>1,3,6</sup>. Le misoprostol ou les prostaglandines ne doivent pas être employés pendant le travail après une césarienne en raison de leur association avec un risque élevé de rupture utérine<sup>2</sup>.

---

**Sources:** American Academy of Family Physicians, 2014<sup>2</sup> | Association des sages-femmes de l'Ontario, 2011<sup>1</sup> | Royal College of Obstetricians and Gynaecologists, 2015<sup>3</sup> | La Société des obstétriciens et gynécologues du Canada, 2005<sup>6</sup>

## La signification de cet énoncé de qualité

### Pour les personnes enceintes

On peut vous offrir des médicaments ou d'autres méthodes pour accélérer le travail si vous en avez besoin. Assurez-vous de parler à votre médecin ou à votre sage-femme des avantages et des inconvénients potentiels de ce qu'ils recommandent.

### Pour les cliniciens

Offrez d'augmenter le travail au moyen d'un déclenchement artificiel ou de l'augmentation de l'ocytocine si ces moyens sont médicalement indiqués, et discutez des avantages et des dangers potentiels associés à la méthode proposée, y compris un risque accru de rupture utérine. N'utilisez pas de misoprostol pour provoquer l'accouchement après une césarienne.

### Pour les services de santé

Assurez-vous que les médecins et les sages-femmes disposent des ressources, des connaissances et des compétences nécessaires pour offrir et surveiller le déclenchement artificiel du travail ou l'augmentation de l'ocytocine si ces moyens sont médicalement indiqués, et pour discuter des avantages et des inconvénients potentiels associés à la méthode proposée.

## DÉFINITIONS UTILISÉES DANS CET ÉNONCÉ DE QUALITÉ

---

### Déclenchement du travail

Action de provoquer des contractions chez une personne enceinte qui n'est pas en travail pour l'aider à accoucher par voie vaginale dans les 24 à 48 heures<sup>12</sup>.

### Augmentation du travail

Stimulation de l'utérus en vue d'augmenter la fréquence, la durée et l'intensité des contractions après le début du travail spontané<sup>13</sup>.

## Indicateurs de qualité

### Indicateurs de processus

**Pourcentage de personnes enceintes qui tentent un AVAC, qui présentent des indications cliniques documentées pour justifier le déclenchement artificiel du travail et sur lesquelles on pratique cette opération**

- Dénominateur : Nombre de personnes enceintes qui tentent un AVAC et qui présentent des indications cliniques documentées pour justifier le déclenchement du travail
- Numérateur : Nombre de personnes au dénominateur sur lesquelles on pratique un déclenchement artificiel de travail
- Source de données : Collecte de données locales

**Pourcentage de personnes enceintes qui tentent un AVAC, qui présentent des indications cliniques documentées pour justifier la stimulation du travail et dont on stimule le travail**

- Dénominateur : Nombre de personnes enceintes qui tentent un AVAC et qui présentent des indications cliniques documentées pour justifier la stimulation du travail
- Numérateur : Nombre de personnes au dénominateur dont on stimule le travail
- Source de données : Collecte de données locales

## Symptômes de la rupture utérine

Pendant la phase active du travail, les personnes enceintes qui ont déjà eu une césarienne sont étroitement surveillées afin de détecter tout symptôme de rupture utérine.

### Contexte

Les personnes en travail après une césarienne précédente ont un risque plus élevé de rupture utérine que celles qui choisissent un accouchement par césarienne de convenance. La progression du travail devrait être évaluée régulièrement, et le patient devrait être surveillé de près pour détecter tout symptôme de rupture utérine et recevoir des soins médicaux immédiats en cas de problèmes<sup>1,3,6</sup>.

Les symptômes suivants de rupture utérine peuvent être soudains<sup>1</sup> :

- Tracés cardiaques fœtaux atypiques et anormaux, y compris un changement de la fréquence cardiaque de base ou de la variabilité (p. ex., bradycardie fœtale au premier ou au deuxième stade du travail)
- Hypotension chez la mère
- Tachycardie chez la mère
- Hématurie ou saignements vaginaux excessifs
- Agitation de la mère
- Perte de la partie du bassin où se présente le fœtus

**CONTEXTE** SUITE DE LA PAGE PRÉCÉDENTE

Grâce à la surveillance électronique continue du fœtus chez les personnes ayant déjà eu une césarienne depuis le déclenchement du travail actif jusqu'à la fin du travail, on peut détecter dès le début un rythme cardiaque atypique et anormal chez le fœtus, y compris la bradycardie – signe prédictif le plus commun ou le plus clair de la rupture utérine<sup>3,6,14</sup>. Les professionnels de la santé devraient reconnaître les tracés cardiaques fœtaux atypiques et anormaux, et y réagir.

Toute douleur inhabituelle ou un besoin accru de soulager la douleur chez les personnes recevant une analgésie épidurale doit faire l'objet d'une attention médicale immédiate, car ils peuvent indiquer qu'une rupture utérine est en cours<sup>1,3</sup>.

---

**Sources:** Association des sages-femmes de l'Ontario, 2011<sup>1</sup> | Royal College of Obstetricians and Gynaecologists, 2015<sup>3</sup> | La Société des obstétriciens et gynécologues du Canada, 2005<sup>6</sup> | Consensus du groupe d'experts sur l'AVAC

## La signification de cet énoncé de qualité

### Pour les personnes enceintes

Pendant que vous êtes en travail, vos professionnels de la santé devraient vous surveiller de près pour détecter tout symptôme d'une déchirure de l'utérus.

### Pour les cliniciens

Surveillez de près les personnes qui ont déjà eu une césarienne afin de détecter tout symptôme de rupture utérine pendant le travail actif.

### Pour les services de santé

Assurez-vous que les processus et les ressources sont en place pour soutenir la surveillance des personnes ayant déjà eu une césarienne afin de détecter tout symptôme de rupture utérine pendant le travail actif.

## DÉFINITIONS UTILISÉES DANS CET ÉNONCÉ DE QUALITÉ

---

### Rupture utérine

Déchirure de la cicatrice utérine pendant le travail ou l'accouchement. Il s'agit d'une situation urgente qui nécessite une césarienne d'urgence ou une hystérectomie dès que possible<sup>6</sup>.

## Indicateurs de qualité

### Indicateur de processus

**Pourcentage de personnes enceintes qui tentent un AVAC et qui sont surveillées de près pour détecter tout symptôme de la rupture utérine grâce à une surveillance électronique continue du fœtus**

- Dénominateur : Nombre de personnes enceintes qui tentent un AVAC
- Numérateur : Nombre de personnes au dénominateur qui sont surveillées de près pour détecter tout symptôme de la rupture utérine grâce à une surveillance électronique continue du fœtus
- Source de données : Collecte de données locales

### Indicateur de résultat

**Taux de rupture utérine chez les personnes enceintes qui planifient un AVAC**

- Dénominateur : Nombre de personnes enceintes qui planifient un AVAC
- Numérateur : Nombre de personnes au dénominateur qui ont une rupture utérine
- Source de données : Registre et réseau des Bons résultats dès la naissance



# Remerciements

## Groupe d'experts

Qualité des services de santé Ontario et le Provincial Council for Maternal and Child Health remercient les personnes suivantes d'avoir si généreusement donné de leur temps et de leur expertise pour aider à créer cette norme de qualité :

### **Manavi Handa (coprésidente)**

Sage-femme autorisée  
Professeure agrégée, Université Ryerson

### **Modupe Tunde-Byass (coprésidente)**

Obstétricienne et gynécologue  
Hôpital général de North York

### **Nicolette Caccia**

Obstétricienne et gynécologue  
Hôpital Humber River

### **Pilar Chapman**

Sage-femme autorisée  
Hôpital Memorial de Lincoln Ouest

### **Shasta Cividino**

Gestionnaire clinique, Services d'obstétrique  
Trillium Health Partners

### **Tracie Delisle**

Infirmière clinicienne  
Horizon Santé-Nord

### **Perle Feldman**

Professeure agrégée, Médecine familiale  
Université McGill

### **Joanne Mackenzie**

Directrice principale, Women's & Infants' Health  
Sinai Health System

### **Cathy Ottenhof**

Coordonnatrice du Registre et réseau des  
Bons résultats dès la naissance  
BORN Ontario

### **Catherine Pepevnak**

Consultante en situation de vécu

### **Steve Sears**

Médecin de famille  
Hôpital Temiskaming et Temiskaming Shores

### **Patricia Smith**

Chef adjoint de l'obstétrique  
Chef de division, Médecine materno-fœtale  
Centre médical de l'Université McMaster

Qualité des services de santé Ontario remercie également le Comité consultatif sur les soins maternels et infantiles du Provincial Council for Maternal and Child Health, présidé par Gareth Seaward et Siobhan Chisholm, d'avoir fourni des commentaires sur cette norme de qualité.

# Références

1. Association des sages-femmes de l'Ontario, Bennett S, Bourret K, Meuser, A. Clinical practice guideline no. 14: vaginal birth after previous low-segment caesarean section [Internet]. Toronto (Ontario) : L'Association; 2011 [cité en déc. 2016]. Disponible à l'adresse [http://www.ontariomidwives.ca/images/uploads/guidelines/No14CPG\\_VBAC\\_Final\\_November\\_2011.pdf](http://www.ontariomidwives.ca/images/uploads/guidelines/No14CPG_VBAC_Final_November_2011.pdf)
2. American Academy of Family Physicians. Clinical practice guideline: planning for labor and vaginal birth after cesarean [Internet]. Leawood (Kansas) : The Academy; 2014 [cité en juin 2016]. Disponible à l'adresse [http://www.aafp.org/dam/AAFP/documents/patient\\_care/clinical\\_recommendations/AAFP%20PVBAC%20guideline.pdf](http://www.aafp.org/dam/AAFP/documents/patient_care/clinical_recommendations/AAFP%20PVBAC%20guideline.pdf)
3. Royal College of Obstetricians and Gynaecologists. Birth after previous caesarean birth green-top guideline no. 45 [Internet]. Londres (Royaume-Uni) : The College; 2015 [cité en juin 2016]. Disponible à l'adresse [https://www.rcog.org.uk/globalassets/documents/guidelines/gtg\\_45.pdf](https://www.rcog.org.uk/globalassets/documents/guidelines/gtg_45.pdf)
4. Institut canadien d'information sur la santé. QuickStats: Childbirth indicators by place of residence 2014-2015; What is the repeat caesarean section rate in Ontario, 2014-2015? [Internet]. North York (Ontario) : L'Institut; 2016 [cité le 2 juin 2016]. Disponible à l'adresse [https://apps.cihi.ca/mstrapp/asp/Main.aspx?Server=apmstrestprd\\_i&project=Quick+Stats&uid=pce\\_pub\\_en&pwd=&evt=2048001&visualizationMode=0&documentID=029DB170438205AEBCC75B8673CCE822](https://apps.cihi.ca/mstrapp/asp/Main.aspx?Server=apmstrestprd_i&project=Quick+Stats&uid=pce_pub_en&pwd=&evt=2048001&visualizationMode=0&documentID=029DB170438205AEBCC75B8673CCE822)
5. Bickford CD, Janssen PA. Maternal and newborn outcomes after a prior cesarean birth by planned mode of delivery and history of prior vaginal birth in British Columbia: a retrospective cohort study. *CMAJ Open*. 2015;3(2):E158-65.
6. La Société des obstétriciens et gynécologues du Canada. Directives cliniques de la SOGC. Directive clinique sur l'accouchement vaginal chez les patientes ayant déjà subi une césarienne. Numéro 155 (remplace la directive clinique no 147). Disponible à l'adresse <https://sogc.org/wp-content/uploads/2013/02/155F-CPG-Fevrier20051.pdf>
7. Grzybowski S, Kornelsen J, Barclay L. Closing rural maternity services: is it worth the risk? *Can J Rural Med*. 2016;21(1):17-9.
8. Munro S. Policy brief: access to maternity services: vaginal birth after caesarean [Internet]. Vancouver (Colombie-Britannique) : Sarah Munro; 2016 [cité en déc. 2016]. Disponible à l'adresse [https://static1.squarespace.com/static/555a1a87e4b07ba26dc3faf4/t/5769a1c203596e833237b8c4/1466540581450/Munro\\_VBAC+Policy+Brief+v1.5.pdf](https://static1.squarespace.com/static/555a1a87e4b07ba26dc3faf4/t/5769a1c203596e833237b8c4/1466540581450/Munro_VBAC+Policy+Brief+v1.5.pdf)
9. Schifrin BS, Cohen WR. The effect of malpractice claims on the use of caesarean section. *Best Pract Res Clin Obstet Gynaecol*. 2013;27(2):269-83.
10. National Institute for Health and Clinical Excellence. Caesarean section: clinical guideline [Internet]. Londres (Royaume-Uni) : The Institute; 2011 [cité en juin 2016]. Disponible à l'adresse <https://www.nice.org.uk/guidance/cg132>

## RÉFÉRENCES SUITE DE LA PAGE PRÉCÉDENTE

11. Wexler R. Six steps of shared decisionmaking [Internet]. Boston (Massachusetts) : Informed Medical Decisions Foundation; 2012 [cité en juin 2016]. Disponible à l'adresse [https://www.mainequalitycounts.org/image\\_upload/SixStepsSDM2.pdf](https://www.mainequalitycounts.org/image_upload/SixStepsSDM2.pdf)
12. Leduc D, Biringer A, Lee L, Dy J, Azzam H, Barrett J, et al. Déclenchement du travail : Analyse Disponible à <https://sogc.org/wp-content/uploads/2013/08/gui296CPG1309FrevD.pdf>
13. Organisation mondiale de la Santé. WHO recommendations for augmentation of labour [Internet]. Genève : OMS; 2014 [cité en déc. 2016] Disponible à l'adresse [http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/112825/1/9789241507363\\_eng.pdf](http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/112825/1/9789241507363_eng.pdf)
14. Liston R, Sawchuck D, Young D. Fetal health surveillance: antepartum and intrapartum consensus guideline. J Obstet Gynaecol Can. 2007;29(9 Suppl 4):S3-56.

# À propos de Qualité des services de santé Ontario

Qualité des services de santé Ontario est le conseiller de la province en matière de qualité des soins de santé. Nous sommes résolus à atteindre l'objectif suivant : **une meilleure santé pour toutes les Ontariennes et tous les Ontariens.**

## Qui sommes-nous?

Nous sommes un groupe de personnes démontrant une rigueur scientifique et ayant de l'expertise dans divers domaines. Nous nous efforçons de faire preuve d'une objectivité complète et de tout examiner à partir d'un poste d'observation nous permettant de voir la forêt et les arbres. Nous travaillons en partenariat avec les organismes et les fournisseurs de soins de santé à l'échelle du système, et nous faisons participer les patients eux-mêmes, afin de contribuer à apporter des changements importants et durables au système de santé complexe de la province.

## Que faisons-nous?

Nous définissons la qualité dans le contexte des soins de santé et offrons des conseils stratégiques de façon à ce qu'il soit possible d'améliorer toutes les composantes du système. Nous analysons également pratiquement tous les aspects des soins de santé offerts en Ontario. Cela comprend l'examen de la santé générale des Ontariennes et des Ontariens, de la capacité de certains secteurs du système à travailler ensemble et, surtout, de l'expérience des patients. Nous produisons ensuite des rapports objectifs complets fondés sur des données, des faits et la voix des patients, des personnes soignantes et des gens qui travaillent chaque jour au sein du système de santé. En outre, nous formulons des recommandations sur la façon d'améliorer les soins en se fondant sur les meilleures données probantes. Enfin, nous appuyons des améliorations de la qualité à grande échelle en travaillant avec nos partenaires afin de permettre aux fournisseurs de soins de santé d'apprendre plus facilement les uns des autres et de partager des démarches novatrices.

## Pourquoi cela importe-t-il?

Nous reconnaissons qu'il existe de nombreuses raisons d'être fiers de notre système, mais aussi qu'il nous arrive souvent de ne pas atteindre notre plein potentiel. Certains segments vulnérables de la population ne reçoivent pas des niveaux acceptables d'attention. Notre intention est d'améliorer continuellement la qualité des soins de santé dans la province, peu importe la personne ou l'endroit où elle vit. Nous sommes inspirés par le désir d'améliorer le système et par le fait indéniable que l'amélioration n'a pas de limite.

# À propos du Provincial Council for Maternal and Child Health

Le mandat du Provincial Council for Maternal and Child Health (PCMCH) est de fournir un leadership stratégique et fondé sur des données probantes, portant sur les services de santé prodigués aux mères, aux nouveau-nés, aux enfants et aux adolescents en Ontario. Il doit ainsi assurer la coordination provinciale de la planification, de l'innovation, de la surveillance et de la gestion des connaissances pour les services de santé maternelle et néonatale, des soins aux enfants et aux adolescents ou des normes communautaires et hospitalières. L'objectif global du PCMCH est de soutenir la mise sur pied d'un système de soins qui offre, de manière efficiente et efficace, des soins rapides, équitables, accessibles, de grande qualité, fondés sur des données probantes et axés sur la famille.

## Vision

Des grossesses, des bébés, des enfants et des familles qui soient sains pour que les Ontariens vivent en santé toute leur vie.

## Mission

**Être le forum provincial** dans lequel les familles, les aidants, ainsi que les gestionnaires cliniques et administratifs en santé des mères, des enfants et des adolescents peuvent cerner les tendances, les problèmes graves et les possibilités d'amélioration en santé et en prestation des soins de santé.

**Améliorer la prestation des soins aux mères, aux enfants et aux adolescents, ainsi que l'expérience de ces patients**, en mobilisant les citoyens, les familles et les fournisseurs de soins pour établir un consensus provincial sur les normes de soins, les pratiques exemplaires et les priorités d'amélioration du système, et pour assurer le suivi de l'efficacité du réseau ontarien en matière de soins de santé prodigués aux mères et aux enfants.

**Être le chef de file et le porte-parole** des professionnels prodiguant des soins de santé aux mères, aux enfants et aux adolescents de l'Ontario, et des gens qui en assurent la planification et l'intendance, et leur inspirer confiance, afin d'améliorer l'expérience de soins et le rendement global du réseau de santé.

**Faciliter la mise en œuvre des connaissances** afin d'aider les patients, les aidants, les professionnels de la santé et les planificateurs des soins à améliorer la santé et le bien-être des enfants, des adolescents et des familles.

## **Vous désirez obtenir plus d'information?**

Veillez visiter notre site Web à [hqontario.ca](http://hqontario.ca) et communiquer avec nous à l'adresse [qualitystandards@hqontario.ca](mailto:qualitystandards@hqontario.ca) si vous avez des questions ou des commentaires à propos du présent guide.

**Qualité des services de santé Ontario**

130, rue Bloor Ouest, 10e étage  
Toronto, Ontario M5S 1N5

**Tél.** : 416 323-6868

**Sans frais** : 1 866 623-6868

**Télééc.** : 416 323-9261

**Courriel** : [QualityStandards@hqontario.ca](mailto:QualityStandards@hqontario.ca)

**Site Web** : [hqontario.ca](http://hqontario.ca)