

Sécurité du lieu et conditions de succès de l'accouchement vaginal après une césarienne

Annexes complémentaires

Une production de l'Institut national
d'excellence en santé
et en services sociaux (INESSS)

Direction des services de santé et de l'évaluation
des technologies

TABLE DES MATIÈRES

SIGLES ET ABRÉVIATIONS.....	1
ANNEXE A Modèle logique et cadre d'analyse	3
ANNEXE B Stratégie de repérage d'information scientifique	4
ANNEXE C Critères d'inclusion et d'exclusion des études	6
ANNEXE D Caractéristiques des études retenues	8
ANNEXE E Évaluation de la qualité méthodologique des études retenues pour la revue systématique	26
ANNEXE F Évaluation de la qualité méthodologique des guides de pratique clinique	27
ANNEXE G Recommandations ou indications (énoncés) des lignes directrices	29
ANNEXE H Appréciation de la preuve pour les résultats d'intérêt (GRADE)	48
ANNEXE I Codes diagnostiques pour l'identification des accouchements	50
ANNEXE J Cohorte des accouchements et des nouveau-nés (MED-ECHO) 2016-2017	53
ANNEXE K Identification des accouchements dans I-CLSC	54
ANNEXE L Arbre de sélection des études pour le lieu.....	57
ANNEXE M Critères de suivi et de transfert pour les suivis par des sages-femmes	58
ANNEXE N Pratiques sages-femmes selon le lieu de naissance et les AVAC au Canada	62
ANNEXE O Délais de transfert en ambulance du chevet du patient jusqu'au centre hospitalier	70
ANNEXE P Facteurs pronostiques recensés dans les lignes directrices	72
ANNEXE Q Modèles de prédiction validés d'un AVAC complété : variables et validation	74
ANNEXE R Liste des études incluses dans les lignes directrices sur le déclenchement du travail	75
ANNEXE S Liste des études incluses dans les revues systématiques sur le déclenchement du travail.....	77
ANNEXE T Comparaison avec les données fournies par les maisons de naissance, 2016-2017	81
ANNEXE U Portrait régional des accouchements, 2016-2017	82
ANNEXE V Portrait des accouchements par hôpital, 2016-2017	84
ANNEXE W Profil des répondants	89
ANNEXE X Détail des énoncés de qualité rapportés par Qualité des services de santé Ontario / Health Quality Ontario.....	91

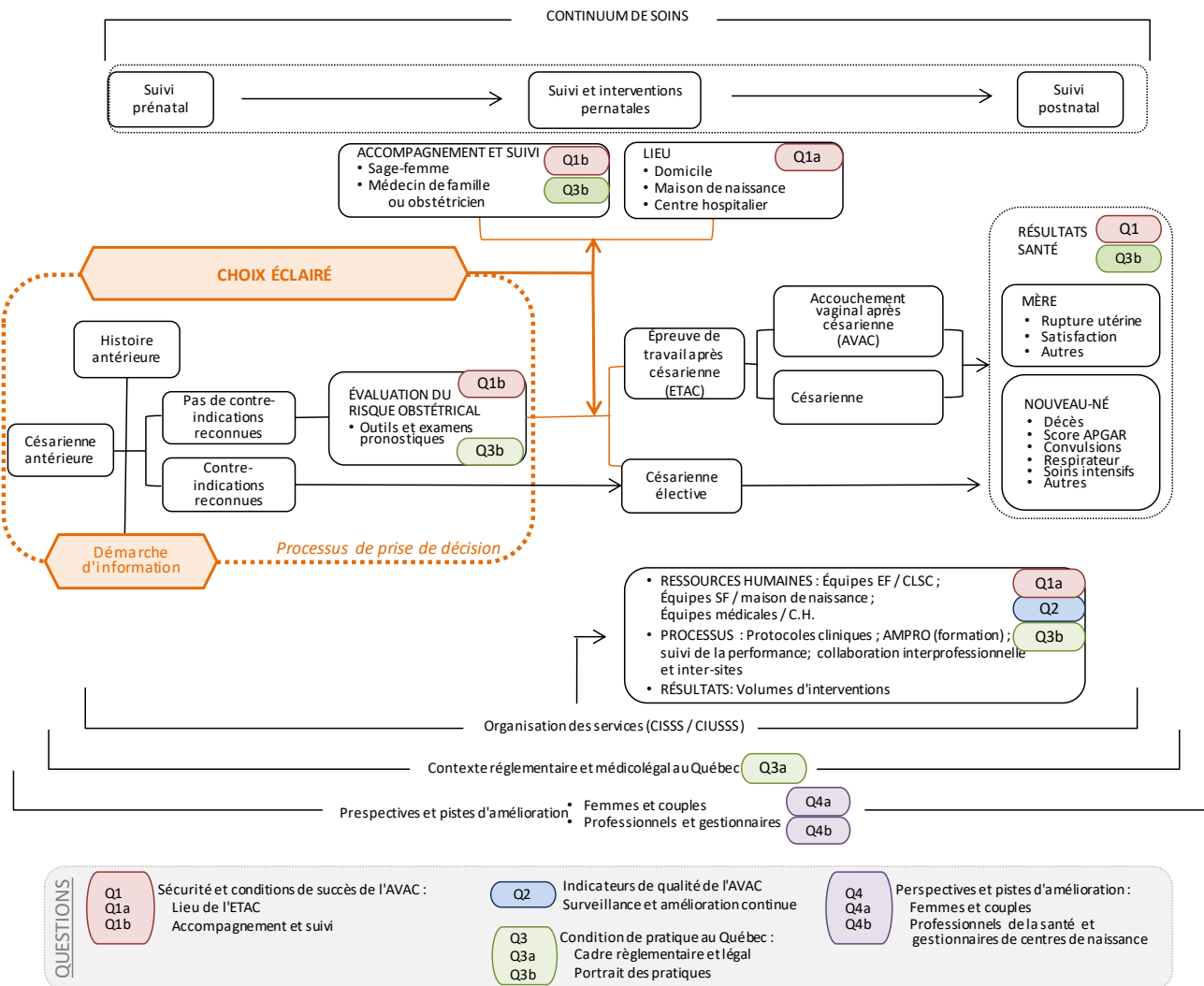
SIGLES ET ABRÉVIATIONS

AAFP	American Academy of Family Physicians
ACOG	American College of Obstetricians and Gynecologists
AGREE	Appraisal of Guidelines for REsearch & Evaluation
AI	Auscultation intermittente
AOM	Association of Ontario Midwives
AVAC	Accouchement vaginal après césarienne
B.OSS	Belgian Obstetrics Surveillance System
CCI	Classification canadienne des interventions en santé
CDC	Centers for Disease Control and Prevention
CH	Centre hospitalier
CIM-10-CA	Classification statistique internationale des maladies et des problèmes de santé connexes, dixième révision, Canada
CISSS	Centre intégré de santé et de services sociaux
CIUSSS	Centre intégré universitaire de santé et de services sociaux
CMBC	College of Midwives of British Columbia
CNGOF	Collège national des gynécologues et obstétriciens français
CS	Césarienne (Cesarean section)
CTG	Cardiotocogramme
ECR	Essai comparatif randomisé
EDT	Essai de travail
EFM	Electronic fetal monitoring
ERCS	Elective repeated cesarean section
ETAC	Épreuve de travail après césarienne
ETS	Évaluation des technologies de la santé
GPC	Guide de pratique clinique
GPP	Good practice point
I-CLSC	Système d'information sur la clientèle et les services des CSSS
ICIS	Institut canadien d'information sur la santé
IMC	Indice de masse corporelle
INESSS	Institut national d'excellence en santé et en services sociaux (Québec)
kg	Kilogramme
LAC/VBAC	Labor after cesarean/vaginal birth after cesarean

LUS	Lower uterine segment
MANA	Midwife Alliance of North America
MBRN	Medical Birth Registry of Norway
MED-ECHO	Maintenance et exploitation des données pour l'étude de la clientèle hospitalière
MFMU	Maternal-Fetal Medicine Units Network
N	Nombre
NCHS	National Center for Health Statistics (États-Unis)
n.d.	Non déterminé
NHS	National Health Service
NICE	National Institute for Health and Care Excellence (Royaume-Uni)
NIH	National Institutes of Health (États-Unis)
NICHD	National Institute of Child Health and Human Development (ou NIHHD)
NRSF	Nonreassuring fetal status
OSFQ	Ordre des sages-femmes du Québec
PAS	Patient Administration System
PGE	Prostaglandine E
QSSO	Qualité des services de santé Ontario
QUARISMA	QUALité des soins, gestion du RISque obstétrical et du Mode d'Accouchement au Québec
RANZCOG	Royal Australian and New Zealand College of Obstetricians and Gynaecologists
RCD	Repeated caesarean delivery
RCOG	Royal College of Obstetricians and Gynaecologists (Royaume-Uni)
RU	Rupture utérine
SOGC	Société des obstétriciens et gynécologues du Canada
TOL	Trial of labor (épreuve de travail)
TOLAC	Trial of labor after caesarean (ETAC)
TVBAC	Tentative de voie basse après césarienne
USIN	Unité de soins intensifs néonatale
VBAC	Vaginal birth after caesarean (AVAC)
VIH	Virus de l'immunodéficience humaine

ANNEXE A

Modèle logique et cadre d'analyse



ANNEXE B

Stratégie de repérage d'information scientifique

Bases de données

Date de la recherche : 2 février 2017

Dernière mise à jour : mai 2018

Limites : depuis 2007; anglais et français

MEDLINE (Ovid)

- #1 exp Vaginal Birth after Cesarean/
- #2 (((birth* OR childbirth* OR induction OR labo?r OR delivery OR mode* OR option* OR preference*) ADJ after) AND (c?esarean* OR c-section* OR CS)) OR VBAC* OR TOLAC).ti,ab
- #3 ((primary OR prior OR previous OR repeat* OR subsequent) ADJ (c?esarean* OR c-section* OR CS)).ti
- #4 1 OR 2 OR 3
- #5 (exp guidelines as topic/ OR exp practice guidelines as topic/ OR guideline.pt OR exp health planning guidelines/ OR practice guideline.pt OR exp consensus/ OR consensus development conference, NIH.pt OR consensus development conference.pt OR exp consensus development conferences, NIH as topic/ OR exp consensus development conferences as topic/ OR exp critical pathways/ OR clinical conference.pt OR exp algorithms/ OR exp review literature as topic/ OR exp meta-analysis as topic/ OR exp meta-analysis/ OR meta-analysis.pt OR exp technology assessment,biomedical/ OR (guideline* OR guide line* OR CPG OR CPGs OR guidance OR practical guide* OR practice parameter* OR (best ADJ3 practice*) OR evidence base* OR consensus OR algorithm* OR (clinical ADJ3 pathway*) OR (critical ADJ3 pathway*) OR recommendation* OR committee opinion* OR policy statement* OR position statement* OR standard OR standards OR (systematic* ADJ3 (review* OR overview* OR literature OR search* OR research*)) OR meta-analy* OR metaanaly* OR met analy* OR metanaly* OR HTA OR HTAs OR technology assessment* OR technology overview* OR technology appraisal*).ti,ab OR (review.pt AND ((medline OR pubmed) AND (cochrane OR embase OR cinahl OR psycinfo)).ti,ab)) NOT (case reports.pt OR comment.pt OR editorial.pt OR letter.pt)
- #6 4 AND 5

Embase (Ovid)

- #1 exp Vaginal Birth after Cesarean/
- #2 (((birth* OR childbirth* OR induction OR labo?r OR delivery OR mode* OR option* OR preference*) ADJ after) AND (c?esarean* OR c-section* OR CS)) OR VBAC* OR TOLAC).ti,ab
- #3 ((primary OR prior OR previous OR repeat* OR subsequent) ADJ (c?esarean* OR c-section* OR CS)).ti
- #4 1 OR 2 OR 3

**EBM Reviews (Ovid) : Cochrane Database of Systematic Reviews, Health
Technology Assessment, NHS Economic Evaluation Database**

#1 (((birth* OR childbirth* OR labo?r OR delivery) AND (c?esarean* OR c-section* OR CS))
OR VBAC* OR TOLAC).ti

ANNEXE C

Critères d'inclusion et d'exclusion des études

Critères d'inclusion et d'exclusion des études scientifiques pour la question 1a qui concerne l'impact du lieu de l'épreuve de travail et du contexte organisationnel

Paramètre	Critères d'inclusion	Critères d'exclusion
Population	Femmes enceintes qui ont eu une césarienne lors d'une grossesse antérieure et qui ne présentent pas de contre-indications à l'ETAC (selon les définitions de chaque étude).	Femmes enceintes dont la grossesse présente une des caractéristiques suivantes (études incluant uniquement ce type de population) : • Grossesse multiple • Présentation autre que céphalique du bébé • Antécédent de plus de deux césariennes
Intervention	Épreuve de travail (ETAC) en maison de naissance ou à domicile.	• Césarienne itérative • Accouchement vaginal sans antécédent de césarienne • Études sur des ETAC tentées avant ou après le terme de la grossesse (avant 34 semaines ou après 42 semaines) • Études portant sur des populations spécifiques (VIH, diabète, etc.)
Comparateur	Épreuve de travail (ETAC) en centre hospitalier.	Études qui ne spécifient pas le lieu comme déterminant de la sécurité
Résultats	• Taux d'AVAC complétés • Sécurité : • Complications maternelles : décès, rupture utérine complète, hystérectomie, hémorragie si associée à une transfusion, admission en unité de soins intensifs, transfert. • Complications néonatales : mortinaissance, décès périnatal, néonatal, complications neurologiques, score d'APGAR bas, admission en unité de soins intensifs néonataux, transfert. • contexte organisationnel : volume d'ETAC et volume d'accouchement par centre, type de centre (niveaux de soins et types de professionnels), temps d'intervention pour une césarienne d'urgence.	• Sécurité : • Complications maternelles : déchirure, suspicion de rupture ou rupture partielle ou incomplète, complications liées à la rupture utérine, septicémie et infections spécifiques (endométrite, abcès, infection de la plaie, infection postpartum du système reproducteur, fièvre), transfert à un niveau de soins supérieur. • Complications néonatales : syndrome d'aspiration du méconium, traumatisme ou lésion à la naissance.
Temporalité	Pendant l'accouchement et la période néonatale (pour les complications chez la mère et le nouveau-né).	
Contexte d'intervention	Tout lieu de naissance (centre hospitalier, maison de naissance, domicile). Tout contexte organisationnel. Accompagnement par une sage-femme ou un médecin.	Études où l'accompagnant n'est ni un médecin ni une sage-femme.
Milieu d'intervention	Québec, Canada et autres pays développés dont le contexte est comparable à celui du	Les études concernant l'ETAC et l'AVAC ayant lieu dans des pays autres que ceux

Paramètre	Critères d'inclusion	Critères d'exclusion
	Québec.	ditions développées (selon la définition retenue par Guise (2010) du Worldfactbook de la Central Intelligence Agency (CIA)) ¹ .
Type de publication	• Essai randomisé contrôlé • Étude longitudinale comparative ou descriptive d'un lieu* • Études rétrospectives • Étude descriptive de banques de données administratives nationales*	• Lettre • Éditorial • Commentaires aux auteurs • Résumés de conférence • Présentation de cas • Témoignage

* Études portant sur des cohortes de 300 patientes ou plus.

Les mêmes critères sont utilisés pour les questions qui concernent la perspective des femmes et des couples et la perspective des professionnels de la santé sauf pour ce qui est des populations et des résultats.

Critères d'inclusion des études scientifiques pour la question 4a qui concerne les perspectives des couples dont la femme a eu une césarienne antérieurement

Paramètre	Critères d'inclusion
Population	Couples dont la femme qui a eu une césarienne antérieurement et a par la suite choisi de tenter un essai de travail (ETAC) et un accouchement vaginal après césarienne (AVAC) ou d'avoir une césarienne itérative répétée et qui ont dû prendre des décisions quant au mode d'accouchement, au lieu ainsi qu'au type de suivi et d'accompagnement pour la grossesse et l'accouchement subséquent.
Résultats	Valeurs, perceptions, opinions sur l'AVAC, la prise de décision de tenter ou non un ETAC, le type d'accompagnement, le lieu et la sécurité entourant l'ETAC et l'AVAC.

Critères d'inclusion des études scientifiques pour la question 4b qui aborde les perspectives des professionnels.

Paramètre	Critères d'inclusion
Population	Professionnels de la santé impliqués dans le suivi et l'accompagnement des femmes enceintes qui tentent un essai de travail (ETAC) et un accouchement vaginal après césarienne (AVAC) et gestionnaires de centres de naissance qui offrent le service d'AVAC.
Résultats	Valeurs, perceptions, opinions sur l'AVAC, sa sécurité et les modalités organisationnelles du système de la santé entourant l'ETAC et l'AVAC ainsi que les facteurs favorisant ou non la participation au processus d'aide à la décision éclairée.

¹ Organisation de coopération et de développement économiques (OCDE). Notre rayonnement mondial [site Web]. Disponible à : <http://www.oecd.org/fr/apropos/membres-et-partenaires/> (consulté en février 2018).

ANNEXE D

Caractéristiques des études retenues

Études sur le lieu

Étude	Caractéristiques	Types de résultats	Qualité des études‡ (bonne, moyenne ou faible)
Soltsman 2018 Israël Étude descriptive rétrospective Période entre 2006 et 2013	Population : 1 400 femmes Une seule césarienne antérieure 3,7 % des femmes avec une parité ≥ 5 Source de données : dossiers médicaux Lieu de naissance : hôpital	AVAC complétés Rupture utérine	Moyenne
Young 2018 Canada (excluant le Québec) Étude descriptive rétrospective Période entre 2003 et 2014	Population : 58 704 femmes Para 1 Une césarienne antérieure Grossesse unique à terme (37 à 43 sem. de gestation) Source de données : base de données d'ICIS Lieu de naissance : hôpital	AVAC complétés Rupture utérine Transfusion Hystérectomie	Bonne
Al-Zirqi 2017 Norvège Étude populationnelle Période entre 1967 et 2008	Population : 57 859 femmes Para 1 Une césarienne antérieure Source de données : Medical Birth Registry of Norway (MBRN) Patient Administration System (PAS) (Registre local des maternités) Lieu de naissance : hôpital	Rupture utérine	Moyenne
Bovbjerg 2017 États-Unis Étude descriptive rétrospective Période 2004-2009/2012-2014	Population : 2 657 femmes multipares 1 571 avec antécédent d'accouchement vaginal 1 086 avec une césarienne antérieure (parité ≥ 1) et sans antécédent d'accouchement vaginal Source de données : Midwives Alliance of North America Statistics Project (MANA Stats): 2.0 Lieu de naissance : maison de naissance ou domicile	Apgar bas Admission en unité de soins intensifs néonataux Transfert néonatal Décès périnatal	Moyenne

Étude	Caractéristiques	Types de résultats	Qualité des études‡ (bonne, moyenne ou faible)
Grünebaum 2017 États-Unis Étude de cohortes rétrospective Période : entre 2007 et 2014	Population : 279 751 femmes multipares Au moins une césarienne antérieure Grossesse unique, à terme (37 semaines), poids normal (2500 g), sans anomalies. Source de données : National Center for Health Statistics (NCHS) of the US Centers for Disease Control (CDC) birth certificate data. Lieu de naissance : 6 229 AVAC planifiés à domicile ou en maison de naissance 273 522 AVAC planifiés en centre hospitalier	Apgar bas	Faible
Tilden 2017 États-Unis Étude de cohortes rétrospective Période entre 2007 et 2010	Population : 109 970 femmes Grossesse unique, à terme (37 à 43 sem. de gestation), présentation céphalique, sans anomalies. Source de données : Registres nationaux des naissances et des décès, jumelés Lieu de naissance : 106 823 AVAC réalisés en centre hospitalier 3 147 AVAC réalisés hors centre hospitalier (domicile et centre de naissance)	Convulsions Décès néonatal Apgar bas Admission en unité de soins intensifs néonataux	Bonne
Rowe 2016 Royaume-Uni Étude de cohortes prospective Période entre 2008 et 2010	Population : 1 436 femmes Au moins une césarienne antérieure Grossesse unique à terme (37 sem.) Source de données : 142 centres de santé du NHS (National Health Service). Lieu de naissance : 1 227 ETAC planifiées à l'hôpital 209 ETAC planifiées à domicile Accouchements sous la supervision d'une sage-femme	AVAC complétés Rupture utérine Transfert maternel Transfusion Admission à un niveau de soins plus élevé (mère) Mortinaissance Admission en unité de soins intensifs néonataux	Bonne
Stattmiller 2016 États-Unis Étude descriptive	Population : 144 066 femmes Au moins une césarienne antérieure Grossesse unique, à terme, présentation céphalique, sans	AVAC complété Décès maternel	Moyenne

Étude	Caractéristiques	Types de résultats	Qualité des études‡ (bonne, moyenne ou faible)
rétrospective Période entre 2003 et 2011	complications Source de données : Healthcare Cost and Utilisation Project-Nationwide Inpatient Sample Lieu de naissance : hôpital		
Vandenberghe 2016 Belgique Étude populationnelle Période entre 2012 et 2013	Population : 12 754 femmes Au moins une césarienne antérieure Source de données : Belgian Obstetrics Surveillance System (B.OSS) Lieu de naissance : hôpital	Rupture utérine	Moyenne
Chaillet 2015 Canada Données descriptives tirées d'une cohorte dans un ECR Période entre 2008 et 2011	Population : 184 952 femmes Source de données : ECR QUARISMA réalisé dans 32 hôpitaux au Québec Lieu de naissance : hôpital	Rupture utérine* Décès néonatal et intrapartum* Apgar bas* Transfusion sanguine*	Bonne
Cox 2015 États-Unis Étude de cohorte rétrospective Période entre 2004 et 2009	Population : 1 052 femmes Au moins une césarienne antérieure Source de données : MANA Stats 2.0 (Midwife Alliance of North America Statistics Project 2.0) Lieu de naissance : domicile Accouchements sous la supervision d'une sage-femme	AVAC complétés Rupture utérine Transfert maternel Décès néonatal Apgar bas hors CH Transferts néonataux Admission en unité de soins intensifs néonataux	Moyenne
Beckmann 2014 Allemagne Étude descriptive rétrospective Période entre 2005 et 2011	Population : 1 927 femmes Une césarienne antérieure Grossesse unique, à terme (37 à 41⁺⁶ semaines), présentation céphalique, faible risque Source de données : Society for Quality in Out-of-Hospital Obstetrics in Germany Lieu de naissance : domicile ou maison de naissance Sous la supervision d'une sage-femme avec quelques cas de supervision par une sage-femme et un médecin.	AVAC complétés Transfert maternel Transfert néonatal Apgar bas	Moyenne

Étude	Caractéristiques	Types de résultats	Qualité des études‡ (bonne, moyenne ou faible)
Tessmer-Tuck 2014 États-Unis Étude de cohorte rétrospective Période entre 2000 et 2010	Population : 599 femmes Au moins une césarienne antérieure Grossesse unique, à terme (36 ⁺⁶ semaines de gestation ou plus) Source de données : dossiers médicaux Lieu de naissance : hôpital	AVAC complétés	Moyenne
Chaillet 2013† Canada (Québec) Analyse secondaire d'une étude de cohorte prospective Période entre 2008 et 2012	Population : 3 113 femmes Une césarienne antérieure Grossesse unique, à terme (plus de 36 ⁺⁶ semaines de gestation), présentation céphalique Source de données : ECR QUARISMA réalisé dans 32 hôpitaux au Québec Lieu de naissance : hôpital	AVAC complétés	Bonne
Studsgaard 2013 Danemark Étude descriptive rétrospective Période entre 2003 et 2010	Population : 1 161 femmes Une seule césarienne antérieure et aucun historique d'AVAC Grossesse unique, à terme (37 semaines ou plus) Source de données : Aarhus Birth Cohort database (enregistrement prospectif des naissances) Lieu de naissance : hôpitaux universitaires	AVAC complétés Rupture utérine Décès périnatal Admission en unité de soins intensifs néonataux	Bonne
Van Der Merwe 2013 Nouvelle-Zélande Étude descriptive rétrospective Période entre 2008 et 2009	Population : 806 femmes Au moins une césarienne antérieure Grossesse unique, plus de 24 semaines de gestation, présentation céphalique, sans complications Source de données : banque de données hospitalières Lieu de naissance : hôpital de soins tertiaires	AVAC complétés Rupture utérine Hystérectomie	Bonne
Wise 2013 Nouvelle-Zélande Étude descriptive rétrospective	Population : 949 femmes Une césarienne antérieure Grossesse unique	AVAC complétés	Moyenne

Étude	Caractéristiques	Types de résultats	Qualité des études‡ (bonne, moyenne ou faible)
Période entre 2006 et 2009	Source de données : banque de données hospitalières Lieu de naissance : hôpital		
Erez 2012 Israël Étude descriptive rétrospective Période entre 1988 et 2005	Population : 5 519 naissances Une césarienne antérieure Grossesse unique Source de données : banque de données hospitalières Lieu de naissance : hôpital de soins tertiaires	AVAC complétés Rupture utérine Transfusion	Moyenne
Holmgren 2012 États-Unis Étude descriptive rétrospective Période entre 2000 et 2009	Population : 11 195 femmes Au moins une césarienne antérieure Source de données : banque de données hospitalières (9 hôpitaux de l'Université de l'Utah) Lieu de naissance : 4 centres de référence, tertiaires (avec services d'anesthésie et d'obstétrique disponibles en tout temps) 6 centres sans services d'anesthésie ou d'obstétrique immédiatement disponibles	AVAC complétés Rupture utérine	Bonne
Darling 2011 Canada (Ontario) Étude descriptive rétrospective Période entre 2003 et 2008	Population : 331 femmes Au moins une césarienne antérieure Source de données : Ontario Midwifery Program database Lieu de naissance : domicile Accouchements sous la supervision d'une sage-femme	AVAC complétés	Moyenne
David 2009 Allemagne Étude descriptive rétrospective Période entre 2000 et 2004	Population : 364 femmes Para 2 Une césarienne antérieure Source de données : QUAG.e.V (Society for Quality in Out-of-Hospital Obstetrics) et le ZQ Hannover (Center for Quality and Management in Health Care at the Medical Chamber of Lower Saxony)	AVAC complétés Décès maternel Transfert maternel Décès fœtal / néonatal Admission en unité de soins intensifs néonataux Apgar bas	Moyenne

Étude	Caractéristiques	Types de résultats	Qualité des études† (bonne, moyenne ou faible)
	Lieu de naissance : planifiée en centre de naissance. (La majorité des centres travaillent en collaboration avec une maternité située en centre hospitalier dans un rayon de 10 km. Accouchement sous la supervision d'une sage-femme)		
Chang 2008 États-Unis Étude descriptive rétrospective Période entre 1995 et 2000	Population : 12 837 femmes ETAC Grossesse unique Source de données : étude prospective avec la participation de 17 centres hospitaliers communautaires et universitaires du nord-est des États-Unis Lieu de naissance : centres hospitaliers avec un volume annuel d'AVAC de : moins de 70 (6 centres; n = 1 519); 70 à 100 (6 centres; n = 3 791); plus de 100 (5 centres; n = 7 527)	AVAC complétés Rupture utérine	Moyenne

AVAC : accouchement vaginal après césarienne; B.OSS : Belgian Obstetrics Surveillance System; CDC : Centers for Disease Control; ECR : essai clinique randomisé; ETAC : épreuve de travail après césarienne; ICIS : Institut canadien d'information sur la santé; MBRN : Medical Birth Registry of Norway; NCHS : National Center for Health Statistics; NHS : National Health Service; PAS : Patient Administration System; QUARISMA : QUALité des soins, gestion du RISque obstétrical et du Mode d'Accouchement au Québec.

* Données non publiées; † Même étude que Chaillet 2015, mais présentant des résultats différents; ‡ Évaluation de la qualité faite à l'aide du guide de l'Agence de santé publique du Canada : Moralejo D, Ogunremi T, Dunn K. Trousse d'outils de l'évaluation critique pour l'évaluation de plusieurs types de données probantes. Relevé des maladies transmissibles au Canada 2017;43(9):199-205.

Études sur le contexte

Délai pour effectuer une césarienne d'urgence

Auteur, année et pays	Caractéristiques	Résultats retenus	Qualité des études‡ (bonne, moyenne ou faible)
Études primaires			
Al-Zirqi 2018 Norvège Étude rétrospective 1967-2008	Population 244 ruptures utérines durant la période de 1967 à 2008 parmi 2 455 797 naissances Source de données Registre des naissances de Norvège, système d'admission des patients et dossiers médicaux Lieu de naissance Non spécifié	Délai entre la complication et la naissance Complications associées à la rupture utérine	Bonne
Holmgren 2012 États-Unis Étude descriptive rétrospective Période 2000-2009	Population 11 195 femmes Au moins une césarienne antérieure Source de données Banque de données hospitalières (9 hôpitaux de l'Université de l'Utah) Lieu de naissance Hôpital	Délai pour effectuer une césarienne lors de l'AVAC et les complications néonatales associées	Bonne
Bujold 2002 Canada Étude rétrospective Période entre 1988 et 2000	Population 23 ruptures utérines sur 2233 ETAC Source de données Dossiers médicaux Lieu de naissance Hôpital	Intervalle entre la décision de faire une césarienne et la césarienne lors d'un AVAC	Moyenne
Leung 1993b États-Unis Étude rétrospective Période entre 1983 et 1992	Population 106 ruptures utérines Source de données Dossiers médicaux Lieu de naissance Hôpital	Intervalle entre la décision de faire une césarienne et la césarienne lors d'un AVAC, et les complications associées à un court délai	Moyenne

Type d'accompagnement, volume de naissances et type de centre hospitalier

Auteur, année et pays	Caractéristiques	Résultats retenus
Rapport d'évaluation des technologies et revues		
Guise 2010 États-Unis Rapport d'évaluation des technologies Période entre 1996 et 2009	Évaluation des aspects économiques, structurels et légaux dans le cas des AVAC	Contexte organisationnel
Wingert 2018 Canada Revue systématique Période entre 1985 et 2018	Évaluation des interventions cliniques complémentaires qui influencent la proportion d'AVAC	Interventions cliniques (en ce qui concerne les systèmes, les donneurs de soins et de leurs caractéristiques et les interventions liées aux patients)
Pratt 2013 États-Unis Revue narrative	Politiques d'accès aux AVAC et droits médicaux durant l'accouchement	Politique des établissements américains par rapport aux AVAC
Bonanno 2011 États-Unis Revue narrative	Évaluation du contexte médicolégal aux États-Unis lors de la pratique des AVAC	Préoccupations légales et économiques associées à l'AVAC
Études primaires		
Zafman 2018 États-Unis Étude rétrospective Période 1990-2015	Population 481 à 1 396 naissances contre-indiquées à domicile annuellement de 1990 à 2015 Source de données Certificat de naissance Lieu de naissance Domicile	Évaluation des tendances et des caractéristiques des naissances à domicile contre-indiquées
Bonzon 2017 Suisse Étude transversale Période 2014	Population 395 participantes Source de données Sondage Web Lieu de naissance Hôpital	Facteurs de prise de décision quant au mode d'accouchement après une césarienne
Foureur 2017 Australie Étude descriptive interprétative	Population Groupe de 18 participants Source de données Groupes de discussion (<i>focus groups</i>) médecins et sages-femmes	Point de vue des obstétriciens par rapport à celui des sages-femmes au regard de l'AVAC, plus spécifiquement sur la communication des risques du professionnel à la femme,

Auteur, année et pays	Caractéristiques	Résultats retenus
Période 2014	Lieu de naissance Maternité d'un hôpital de New South Wales	l'influence de leur expérience sur leur pratique et les points de vue sur ce qui empêche ou aide les femmes à faire l'AVAC
Heinrich 2016 États-Unis Étude transversale Période 2014	Population 306 hôpitaux ruraux où il y a des maternités Source de données Sondage téléphonique Lieu de naissance Hôpital	Politiques sur l'AVAC des maternités en milieu rural Comparaison selon les installations, le personnel et le volume de naissances
White 2016 Royaume-Uni Étude de cohortes rétrospective Période entre 2008 et 2011	Population 405 participantes Source de données Dossiers médicaux Lieu de naissance Hôpital universitaire	Comparaison avant 2008 (suivi OB) versus après 2011 (suivi sage-femme principalement, complété par un suivi obstétricien) Proportion de femmes qui ont l'intention de faire un AVAC et proportion de femmes qui font l'AVAC Complications maternelles, néonatales et postnatales
Lundgren 2015 Finlande, Suède, Pays-Bas Étude prospective qualitative Période entre 2012 et 2016	Population 26 sages-femmes, 18 obstétriciens Source de données Entrevues et groupes de discussion (<i>focus groups</i>) Lieu de naissance Hôpital	Contexte de pratique et type de professionnels de pays avec des proportions d'AVAC élevées relativement aux facteurs importants pour améliorer les AVAC
Nilsson 2017 Suède, Pays-Bas, Finlande Étude qualitative descriptive Période entre 2010 et 2013	Population 22 femmes qui ont eu un AVAC Source de données Groupe de discussion (<i>focus group</i>) ou entrevue individuelle, médecins, sages-femmes et patientes Lieu de naissance Hôpital	Opinions sur l'AVAC, barrières, point de vue des femmes, partage de décision, soutien du choix des femmes
Rosenstein 2015 États-Unis Étude de cohorte prospective Période entre 2005 et 2014	Population 1 324 femmes avec une césarienne antérieure Source de données Informateurs spécialisés, infirmières et cliniciens qui ont collecté des données Lieu de naissance Hôpital/clinique	Changement de pratique après l'instauration d'une pratique collaborative entre médecins et sages-femmes

Auteur, année et pays	Caractéristiques	Résultats retenus
Tessmer-Tuck 2014 États-Unis Étude de cohorte prospective Période entre 2000 et 2010	Population 599 ETAC Source de données Dossiers médicaux Lieu de naissance Hôpital	Succès de l'AVAC selon le type de professionnel
Metz 2013b États-Unis Étude de cohorte rétrospective Période entre 2000 et 2008	Population 3 120 candidates potentielles à l'AVAC Source de données Dossiers médicaux Lieu de naissance Hôpital	Comparaison des candidates à l'AVAC selon leur choix : AVAC ou CS répétée Succès de l'AVAC
Wise 2013 Nouvelle-Zélande Étude de cohorte rétrospective Période entre 2006 et 2009	Population 2 400 femmes admissibles à l'ETAC Source de données Dossiers médicaux Lieu de naissance Hôpital	Probabilité de faire une ETAC selon le type de professionnel : sage-femme en centre hospitalier, sage-femme indépendante, obstétricien privé et médecin de famille
Barger 2012 États-Unis Cohorte Période entre 1990 et 1998	Population 347 ruptures utérines Source de données Certificats d'hôpitaux Lieu de naissance Hôpital	Complication sévère chez les femmes avec une rupture utérine selon le type de centre hospitalier
Chang 2008 États-Unis Étude descriptive rétrospective Période entre 1995 et 2000	Population 12 844 femmes, ETAC, grossesse unique Source de données 17 centres hospitaliers communautaires et universitaires du nord-est des États-Unis Lieu de naissance Centres hospitaliers	Césarienne, rupture utérine, morbidité maternelle selon le type de centre hospitalier
Russillo 2008 Canada Étude transversale Période entre 1995 et 2003	Population 3 694 femmes avec une grossesse simple et un antécédent d'une césarienne Source de données Base de données Lieu de naissance Hôpital	Comparaison : suivi par un médecin de famille versus un obstétricien relativement aux ETAC, AVAC, issues néonatales et maternelles
Chaillet 2007 Canada	Population 33 obstétriciens	Contexte médico-légal

Auteur, année et pays	Caractéristiques	Résultats retenus
Étude qualitative Période entre 2004 et 2005	Source de données Groupes de discussion (<i>focus groups</i>) Lieu de naissance Hôpital	
Smith 2004 Écosse Cohorte rétrospective Période entre 1985 et 1998	Population 35 854 femmes avec une césarienne antérieure donnant naissance à un enfant à terme Source de données Registre de morbidité Lieu de naissance Hôpital	Ruptures et décès à la suite d'une rupture selon le volume d'accouchements
Wen 2004 Canada Cohorte rétrospective Période entre 1988 et 2000	Population 308 755 femmes avec une césarienne antérieure Source de données Dossier de l'hôpital Lieu de naissance Hôpital	Proportion d'ETAC complétées et complications selon le volume d'accouchements : décès maternel, rupture utérine, infection postpartum, transfusion, hystérectomies

AVAC : accouchement vaginal après une césarienne; ETAC : épreuve de travail après une césarienne.

Études sur l'évaluation du risque obstétrical

Étude	Caractéristiques	Types de résultats
Guise 2010 États-Unis Rapport d'évaluation des technologies Période entre 1996 et 2009	Évaluation des facteurs antepartum et intrapartum qui influencent les risques et le succès de l'ETAC Évaluation des modèles prédictifs de la rupture utérine Évaluation des signes de la rupture utérine, gestion pour réduire la rupture utérine et la mortalité associée	Facteurs antepartum Facteurs intrapartum Modèles prédictifs de la rupture utérine Signes de la rupture utérine (cœur fœtal anormal, contractions anormales, saignements, douleur maternelle)
Warren 2015 États-Unis Revue Période entre 1992 et 2014	Analyse et détails des moyens de prédire le succès d'un essai de travail après une césarienne	8 outils prédictifs à points dont 7 validés
Eden 2010^a États-Unis Revue systématique Période entre 1997 et 2007	16 études Modèles prédictifs de probabilité de compléter l'AVAC, dont 6 modèles validés	AVAC complété selon : - le type de travail - l'antécédent d'accouchement vaginal antérieur - l'ethnicité, la race et l'âge maternel
Jastrow 2010 Canada Revue systématique et méta-analyse Période entre 1988 et 2009	12 études, 1 834 femmes Évaluation de la mesure de l'épaisseur du segment inférieur utérin près du terme chez les femmes avec une césarienne antérieure	Anomalies de la cicatrice utérine Aire sous la courbe pour l'association entre l'épaisseur de la mesure de la cicatrice et les anomalies de la cicatrice utérine
Kok 2013 Pays-Bas Revue systématique et méta-analyse Période entre 1984 et 2011	21 études, 2 776 patientes Évaluation de l'efficacité de la mesure de l'épaisseur du segment inférieur utérin pour prédire le risque de rupture utérine chez les femmes avec une césarienne antérieure	Mesure de l'épaisseur du segment utérin inférieur Déhiscence utérine, rupture utérine
Swift 2019 Canada Revue systématique et méta-analyse Période entre 1990 et 2018	28 études, 5874 femmes Évaluation des caractéristiques prédictives de la mesure de l'épaisseur du segment inférieur par échographie pour la rupture utérine durant le travail	Mesure de l'épaisseur du segment utérin inférieur Déhiscence utérine, rupture utérine
Vlemminx 2017 Pays-Bas Revue systématique Période entre 1989 et 2016	13 études observationnelles Identification des caractéristiques du tocogramme associées à la rupture utérine durant une ETAC	Tocogramme pour la rupture utérine - Hyperstimulation - Changement de l'activité utérine

AVAC : accouchement vaginal après césarienne; ETAC : épreuve de travail après césarienne.

^a Eden : mêmes revue de littérature et méthodes que Guise (2010), mais avec deux modèles supplémentaires.

Études sur le monitoring du cœur fœtal

Étude	Caractéristiques	Types de résultats
Revue systématique et rapport d'évaluation des technologies		
Alfirevic 2017 Revue systématique Cochrane Littérature publiée jusqu'au 30 novembre 2016	13 essais cliniques (randomisés ou quasi randomisés) comparant la cardiotocographie (avec et sans échantillon de sang fœtal) avec l'absence de monitoring, l'auscultation intermittente et la cardiotocographie intermittente. Une seule de ces études compare le MFÉ à l'AI (Madaan 2006).	Césarienne Accouchement instrumentalisé Utilisation d'analgésiques pharmacologiques Décès périnatal Convulsion néonatale Paralysie cérébrale Acidose du sang ombilical
Guise 2010 États-Unis Rapport d'évaluation des technologies 1996-2009	Signes de la rupture utérine et gestion pour réduire la mortalité liée aux ruptures utérines	Tracé anormal dans le rythme cardiaque fœtal
Études descriptives		
Andersen 2016 Danemark Étude cas-témoins Période entre 1997 et 2008	N = 53 AVAC avec RU N = 43 AVAC sans RU	CTG anormal Tachycardie fœtale Plus de 10 décélérations significatives
Desseauve 2016 France Étude cas-témoins multicentres Période entre 2006 et 2012	N = 22 cas, AVAC avec RU N = 44 contrôles, AVAC sans RU	CTG anormal selon la période avant la RU
Madaan 2006 Inde Étude contrôlée randomisée sans détail sur la méthodologie Période non mentionnée	N = 50 ETAC avec monitoring par MFÉ N = 50 ETAC avec monitoring par AI	Césarienne Accouchement vaginal Césarienne pour cause de tracé anormal du cœur fœtal Morbidity maternelle Complications néonatales Morbidity néonatale *
McPherson 2014 États-Unis Étude de cohorte rétrospective Période entre 1999 et 2002	N = 1 516 ETAC avec césarienne pour cause de NRSF N = 3 238 ETAC avec césarienne pour des causes autres que le NRSF	Rupture utérine Déhiscence Apgar < 7, à 5 minutes Admission en USIN

* Morbidity néonatale : asphyxie à la naissance, syndrome d'aspiration du méconium, hyperbilirubinémie, septicémie néonatale

AI : auscultation intermittente; AVAC : accouchement vaginal après césarienne; CTG : cardiotocogramme; ETAC : épreuve de travail après césarienne; MFÉ : monitoring fœtal électronique; MFMU : Maternal-Fetal Medicine Unit; NRSF : nonreassuring fetal status; RU : rupture utérin ; USIN : unité de soins intensifs néonataux.

Études sur le déclenchement du travail

Étude	Caractéristiques	Types de résultats
Revues systématiques et rapport d'évaluation des technologies		
Guise 2010 Rapport d'évaluation des technologies Période entre 1996 et 2009	Inclusion d'études comparant différentes méthodes de déclenchement pour des ETAC : Toutes méthodes de déclenchement Sonde de Foley Ocytocine	AVAC complétés Rupture utérine
Dodd 2017 Revue systématique Cochrane Période jusqu'au 31 mai 2017	Comparaison des résultats de santé chez les mères et les bébés à la suite d'ETAC planifiées avec déclenchement ou de césariennes itératives	Aucune étude repérée, aucune extraction de données
West 2017 Revue systématique Cochrane Période jusqu'au 31 août 2016	Inclusion d'études comparant différentes méthodes de déclenchement pour des ETAC : PGE2 Ocytocine PGE1 vaginal Sonde de Foley Double ballon Mifepristone	AVAC complétés Rupture utérine Admission en unité de soins intensifs Décès maternel Apgar bas Décès périnatal
Kehl 2016 Revue systématique Période entre 1990 et 2015	1 290 ETAC déclenchées par sonde à ballonnet simple* 157 ETAC déclenchées par sonde à ballonnet double* * Avec ou sans ocytocine	AVAC complétés Rupture utérine
Lamouredieu 2016 Revue systématique Période entre 1999 et 2014	1 278 ETAC déclenchées par sonde de Foley	AVAC complétés Rupture utérine Décès néonatal
Rossi 2015 Revue systématique Période entre 2000 et 2013	13 374 ETAC spontanées 4 038 ETAC déclenchées	AVAC complétés Rupture utérine Décès néonatal
Catling-Paul 2011	1 761 ETAC déclenchées par ocytocine 596 ETAC déclenchées par PGE2	AVAC complétés

Étude	Caractéristiques	Types de résultats
Revue systématique Période jusqu'à décembre 2008		
Études descriptives		
Abreu-Silva 2017 Portugal Étude observationnelle rétrospective Période entre 2011 et 2012	Population : 153 ETAC spontanées 139 ETAC déclenchées (9 ETAC déclenchées par ocytocine et 130 ETAC déclenchées par PGE2) Source de données : dossiers médicaux Lieu de naissance : hôpital	Proportion d'AVAC complétés Rupture utérine Apgar bas Admission en unité de soins intensifs néonataux Score de Bishop
Coste Mazeau 2017 France Étude rétrospective Période entre 2010 et 2014	Population : 269 ETAC déclenchées par PGE2 Source de données : dossiers médicaux Lieu de naissance : centre hospitalier universitaire	AVAC complétés Hémorragie Rupture utérine Admission en unité de soins intensifs néonataux Apgar bas
Kruit 2017 Finlande Étude rétrospective Période entre 2013 et 2014	Population : 1 198 ETAC spontanées 361 ETAC déclenchées par sonde de Foley Source de données : dossiers médicaux Lieu de naissance : hôpital universitaire	AVAC complétés Rupture utérine Apgar bas
Leftwich 2017 États-Unis Étude rétrospective Période entre 2002 et 2008	Population : ETAC spontanées 1 043 ETAC déclenchées par ocytocine 33 ETAC déclenchées par sonde de Foley avec ou sans ocytocine 79 ETAC déclenchées par amniotomie Source de données : base de données électronique de dossiers médicaux Lieu de naissance : 12 centres cliniques (19 hôpitaux)	AVAC complétés Rupture utérine Hémorragies avec transfusion Apgar bas Admission en unité de soins intensifs néonataux Décès néonatal
Shah 2017 États-Unis Étude rétrospective Période entre 2009 et 2013	Population : 150 ETAC déclenchées par ocytocine 64 ETAC avec maturation du col par ballonnet de Cook Source de données : dossiers médicaux Lieu de naissance : hôpital	AVAC complétés Rupture utérine Décès maternel Admission en unité de soins intensifs Hémorragie et transfusion Admission en unité de soins intensifs néonataux Décès néonatal

Étude	Caractéristiques	Types de résultats
De Bonrosto Torralba 2017 Espagne Étude rétrospective Période entre 2009 et 2015	Population : 418 ETAC avec pré-induction par ballon double dont 35 déclenchées par ocytocine et 9 avec amniotomie Source de données : dossiers médicaux Lieu de naissance : hôpital tertiaire	AVAC complétés Rupture utérine Hémorragie et transfusion Apgar bas Admission en unité de soins intensifs néonataux
Stenson 2016 Suède Étude rétrospective Période entre 2009 et 2010 et entre 2012 et 2013	Population : 121 ETAC déclenchées par PGE2 vaginal avec ou sans amniotomie, ocytocine ou sonde de ballonnet 87 ETAC déclenchées par PGE1 oral Source de données : base de données obstétricales rétrospective Lieu de naissance : hôpital universitaire	AVAC complétés Rupture utérine

Études sur la gestion de la douleur

Étude	Caractéristiques	Types de résultats
Revue systématique et rapport d'évaluation des technologies		
Catling-Paull 2011 Australie Revue systématique Période 2008	Inclut cinq essais contrôlés randomisés, 10 cohortes, 1 cas-contrôle, 11 études transversales. Une étude inclut l'utilisation de l'épidurale lors de 272 ETAC	Association entre l'AVAC complété et l'utilisation de l'épidurale
Guise 2010 États-Unis Rapport d'évaluation des technologies Période 1996-2009	Résultats de trois études sur l'utilisation de l'épidurale	Association entre l'AVAC complété et l'utilisation de l'épidurale
Étude descriptive		
Grisaru-Granovsky 2017 Israël Étude de cohorte rétrospective Période entre 2006 et 2013	Population : n = 7 149 ETAC femmes admissibles à une ETAC, grossesse unique, fœtus en présentation céphalique, poids fœtal estimé à 4 200 g ou moins, une seule césarienne antérieure par incision transverse basse, Source de données : base de données d'un seul centre Lieu : hôpital	Type d'accouchement Complications maternelles et néonatales Analgésie épidurale

Études sur la prise de décision

Auteur, année et pays	Caractéristiques	Résultats retenus
Rapport d'évaluation des technologies et revue systématique		
Guise 2010 États-Unis Rapport d'évaluation des technologies 1996-2009	Facteurs influençant les choix du mode d'accouchement pour la patiente avec une césarienne antérieure	Prise de décision Raisons derrière la prise de décision d'un AVAC ou d'une césarienne itérative
Say 2011 Royaume-Uni Revue systématique Période jusqu'à 2011	Évaluation de l'effet des outils d'aide à la décision pour les femmes enceintes sur les résultats cliniques et psychologiques	Résultats de l'aide à la prise de décision relative à l'AVAC
Études primaires		
Torigoe 2018 Japon Étude décisionnelle à méthode mixte (qualitative et quantitative) Période : 2009	Population 33 femmes enceintes avec un antécédent de césarienne Source de donnée Entrevues semi-structurées Lieu de naissance Hôpitaux et cliniques	Résultat d'un outil d'aide à la décision relativement au choix de la femme tentant un AVAC
Wise 2018 Nouvelle-Zélande Étude contrôlée randomisée	Population 297 femmes avec une césarienne antérieure < 25 semaines de gestation Source de donnée Outil d'aide à la décision Lieu de naissance Hôpital tertiaire	Proportion de femmes qui choisissent l'ETAC
Foureur 2017 Australie Étude descriptive interprétative Période 2014	Population Groupe de 18 participants Source de données Groupes de discussion (<i>focus groups</i>) médecins et sages-femmes Lieu de naissance Maternité d'un hôpital de New South Wales	Point de vue des obstétriciens par rapport à celui des sages-femmes au regard de l'AVAC, plus spécifiquement sur la communication des risques du professionnel à la femme, l'influence de leur expérience sur leur pratique et les points de vue sur ce qui empêche ou aide les femmes à faire l'AVAC
Munro 2017b Canada Étude qualitative	Population Groupe de 36 participants, médecins de famille, obstétriciens, sages-femmes, infirmières, anesthésistes, gestionnaires	Opinion de plusieurs professionnels quant à leurs moyens de transmettre l'information et d'informer les femmes tentant une ETAC

Auteur, année et pays	Caractéristiques	Résultats retenus
Période 2015	Source de données Entrevues Lieu de naissance Non applicable	
Munro 2017a Canada Étude qualitative Période 2015	Population 23 femmes admissibles à l'AVAC Source de données Entrevues semi-structurées Lieu de naissance Trois communautés rurales et deux urbaines	Opinion des femmes admissibles à l'AVAC relativement à leur processus de décision sur le mode d'accouchement

AVAC : accouchement vaginal après césarienne; ETAC : épreuve de travail après césarienne.

ANNEXE E

Évaluation de la qualité méthodologique des études retenues pour la revue systématique

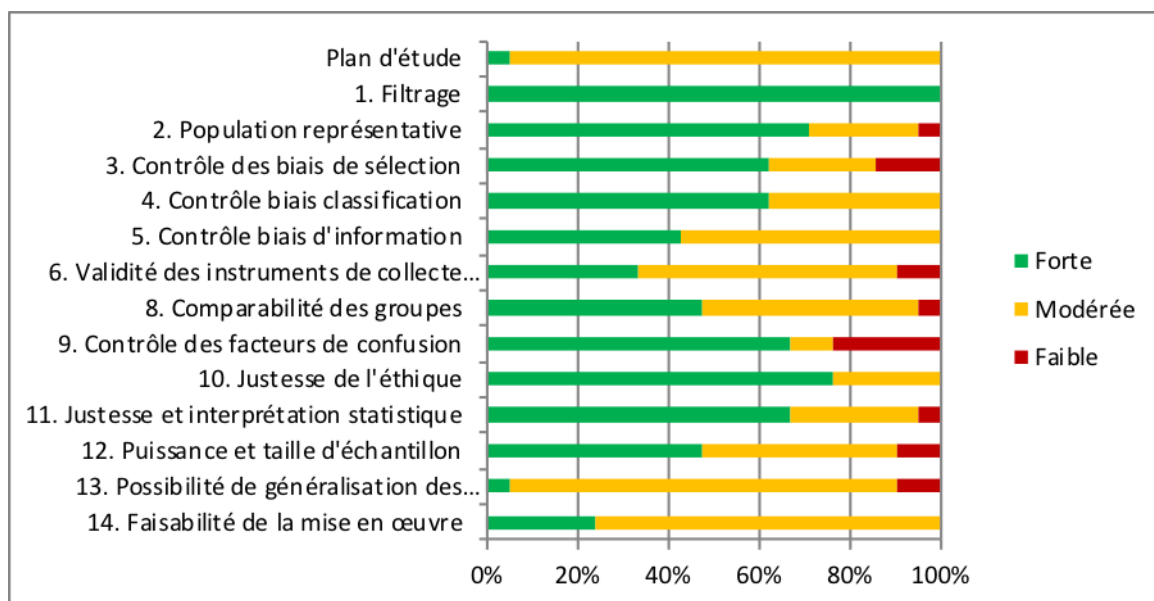


Tableau résumé basé sur la grille d'évaluation de l'Agence de la santé publique du Canada. Le critère 7 (justesse, conservation et suivi) n'a pas été retenu, car la majorité des études étaient rétrospectives.

ANNEXE F

Évaluation de la qualité méthodologique des guides de pratique clinique

Évaluation de la qualité des guides de pratique clinique selon la grille AGREE II

Critères évalués	SOGC 2018	ACOG 2017	RCOG 2015	RANZCOG 2015	AAFP 2014	CNGOF 2012	AOM 2011	OSFQ 2011
Domaine 1 : Champ et objectifs	86 %	83 %	100 %	75 %	92 %	75 %	86 %	53 %
1. Le ou les objectifs du GPC sont décrits explicitement.	6	7	7	7	7	5,5	7	5
2. La ou les questions de santé couvertes par le GPC sont décrites explicitement.	6,5	6,5	7	4	6,5	6	5,5	3,5
3. La population à laquelle le GPC doit s'appliquer est décrite explicitement.	6	4,5	7	5,5	6	5	6	4
Domaine 2. Participation des groupes concernés	39 %	36 %	72 %	44 %	61 %	64 %	44 %	42 %
4. Le groupe de travail ayant élaboré le GPC inclut des représentants de tous les groupes professionnels concernés.	4	1,5	6,5	3,5	5,5	6,5	3	2,5
5. Les opinions et les préférences de la population cible ont été identifiées.	3	2,5	2,5	1	1,5	2	1	2
6. Les utilisateurs cibles du GPC sont clairement définis.	3	5,5	7	6,5	7	6	7	6
Domaine 3 : Rigueur d'élaboration du GPC	40 %	42 %	88 %	26 %	72 %	66 %	47 %	39 %
7. Des méthodes systématiques ont été utilisées pour rechercher les preuves scientifiques.	4	5	6,5	1	6,5	5,5	6	5,5
8. Les critères de sélection des preuves sont clairement décrits.	3,5	2	6	1	7	5,5	3,5	1,5
9. Les forces et les limites des preuves scientifiques sont clairement définies.	3,5	4	6,5	1	5,5	5,5	5	4
10. Les méthodes utilisées pour formuler les recommandations sont clairement décrites.	3,5	2,5	5,5	2	2,5	4	2,5	1,5
11. Les bénéfices, les effets secondaires et les risques en termes de santé ont été pris en considération dans la formulation des recommandations.	6	6,5	6,5	5	6,5	6,5	5,5	6
12. Il y a un lien explicite entre les recommandations et les preuves scientifiques sur lesquelles elles reposent.	4	6	6,5	5,5	4,5	6,5	6	4,5
13. Le GPC a été revu par des experts externes avant sa publication.	2	1	7	1	5	5	1	1,5
14. Une procédure d'actualisation du GPC est décrite.	0,5	1	5,5	4	5	1	1	2

Critères évalués	SOGC 2018	ACOG 2017	RCOG 2015	RANZCOG 2015	AAFP 2014	CNGOF 2012	AOM 2011	OSFQ 2011
Domaine 4 : Clarté et présentation	92 %	72 %	97 %	86 %	81 %	69 %	86 %	53 %
15. Les recommandations sont précises et sans ambiguïté.	6,5	6	7	6	6	6	5,5	3,5
16. Les différentes options de prise en charge de l'état ou du problème de santé sont clairement présentées.	6,5	3,5	7	6	6,5	6,5	6,5	3,5
17. Les recommandations clés sont facilement identifiables.	6,5	6,5	6,5	6,5	5	3	6,5	5,5
Domaine 5 : Applicabilité	10 %	10 %	48 %	8 %	29 %	4 %	23 %	27 %
18. Le GPC décrit les éléments facilitant son application et les obstacles	2	1,5	5	1	4,5	1	3,5	3
19. Le GPC offre des conseils ou des outils sur les façons de mettre les recommandations en pratique.	1,5	1,5	5,5	2	2,5	2	3,5	5
20. Les répercussions potentielles sur les ressources de l'application des recommandations ont été examinées.	1,5	2,5	2	1	1	1	1,5	1
21. Le GPC propose des critères de suivi et de vérification.	1,5	1	3	2	3	1	1	1,5
Domaine 6 : Indépendance éditoriale	21 %	17 %	67 %	79 %	54 %	71 %	42 %	0 %
22. Le point de vue des organismes de financement n'a pas influencé le contenu du GPC.	3	3	6	4,5	2,5	5	6	1
23. Les intérêts divergents des membres du groupe ayant élaboré le GPC ont été pris en charge et documentés.	1,5	1	4	7	6	5,5	1	1
Qualité générale du guide (1 à 7)	3,4	4,5	5,5	3,7	4,5	4,1	3,8	2,5
Recommandation de l'utilisation du guide	OUI, mais avec prudence	OUI	OUI	OUI	OUI	OUI	OUI	OUI, mais avec prudence

GPC : guide de pratique clinique; AAFP : American Academy of Family Physicians; ACOG : American College of Obstetricians and Gynecologists; AOM : Association of Midwives of Ontario; CNGOF : Collège national des gynécologues et obstétriciens français; OSFQ : Ordre des sages-femmes du Québec; RANZCOG : Royal Australian and New Zealand College of Obstetricians and Gynaecologists; RCOG : Royal College of Obstetricians and Gynaecologists; SOGC : Société des obstétriciens et gynécologues du Canada.

Les scores (1 à 7) indiqués correspondent à la moyenne des scores attribués par les évaluateurs.

* Les guides dont la qualité générale est évaluée à 3,5 ou moins ne sont pas retenus, à l'exception des guides canadiens qui sont tous retenus.

Les scores sous forme de pourcentages qui sont attribués aux six domaines résultent du calcul suivant :

Calcul du score d'un domaine :
$$\frac{\text{Somme des scores} - \text{score minimum possible}}{\text{Score maximum possible} - \text{score minimum possible}}$$

Score maximum possible = 7 (complètement d'accord) x nombre d'items x nombre d'évaluateurs

Score minimum possible = 1 (complètement en désaccord) x nombre d'items x nombre d'évaluateurs

ANNEXE G

Recommandations ou indications (énoncés) des lignes directrices

Recommandations ou indications (énoncés) sur le lieu de l'ETAC²

Reproduites textuellement dans la langue d'origine

Lieu de l'ETAC	
SOGC 2018	For a safe labour after Caesarean section, a woman should deliver in a hospital where a timely Caesarean section is available. The woman and her health care provider must be aware of the hospital resources and the availability of obstetric, anesthetic, pediatric, and operating-room staff. (<i>Preuve : niveau II-2A</i>)*
ACOG 2017	Because of the unpredictability of complications requiring emergency medical care, home birth is contraindicated for women undergoing TOLAC. (<i>Recommandation : Niveau C</i>)
RANZCOG 2015	Women should be advised that a planned VBAC should be conducted in a suitably staffed and equipped delivery suite, with continuous intrapartum care and monitoring and with available resources for urgent Caesarean section and advanced neonatal resuscitation should complications such as scar rupture occur. (<i>Recommandation : Niveau consensus based</i>)
RCOG 2015	Women should be advised that planned VBAC should be conducted in a suitably staffed and equipped delivery suite with continuous intrapartum care and monitoring with resources available for immediate caesarean delivery and advanced neonatal resuscitation. (<i>Consensus based</i>)
CNGOF 2012	Le risque d'échec de la TVBAC ainsi que le risque de rupture utérine justifient le renoncement à un accouchement à domicile ou dans une structure de type maison de naissance. (<i>Recommandation : niveau accord professionnel</i>)
AOM 2011	There is little high-quality research available on VBAC and home or out-of-hospital birth. Larger studies are needed to report on rates of VBAC at home compared to VBAC in hospital as well as outcomes of rare events such as uterine rupture. (<i>Énoncé</i>)
OSFQ 2011	Un des axes fondamentaux de la pratique sage-femme est le choix éclairé ou la prise de décision partagée par la femme et la sage-femme concernant les différents aspects des soins qu'elle reçoit, y compris le choix du lieu de naissance (centre hospitalier, maison de naissance ou domicile). L'enjeu principal de l'AVAC hors centre hospitalier demeure celui des délais associés à une intervention d'urgence en cas de rupture utérine. La sage-femme doit s'assurer que la femme enceinte est bien informée de cet enjeu et le comprend bien. (<i>Énoncé</i>)

ACOG : American College of Obstetricians and Gynecologists; AOM : Association of Ontario Midwives; CNGOF : Collège national des gynécologues et obstétriciens français; GPP : Good Practice Points; OSFQ : Ordre des sages-femmes du Québec; RANZCOG : Royal Australian and New Zealand College of Obstetricians and Gynaecologists; RCOG : Royal College of Obstetricians and Gynecologists; SOGC : Société des obstétriciens et gynécologues du Canada; AVAC : accouchement vaginal après césarienne; ETAC : épreuve de travail après césarienne; TOL : trial of labour; TOLAC : trial of labour after caesarean; TVBAC : tentative de voie basse après césarienne; VBAC : vaginal birth after caesarean; * Bien que le guide rapporte un niveau II-2A, les citations n'appuient pas ce niveau de preuve. Il s'agit donc d'un consensus d'experts.

² Les échelles des niveaux de preuve et des grades des recommandations utilisées par les différentes organisations sont présentées dans un tableau plus bas.

Recommandations ou indications (énoncés) sur le contexte organisationnel du lieu pour une épreuve de travail après césarienne

Reproduites textuellement dans la langue d'origine

Contexte organisationnel	
SOGC 2018	Type de centre : For a safe labor after Caesarean section, a woman should deliver in a hospital where a timely Caesarean section is available. (Level II-2)* Délai : In the case of a TOL after Caesarean, an urgent laparotomy should be set-up immediately to facilitate delivery as quickly as possible. (Level III) The SOGC recognizes that in such cases of maternal fetal compromise, necessitating timely Caesarean section, an approximate time frame of 30 minutes may be required to assemble the team and commence laparotomy. Processus : The woman and her health care provider must be aware of the hospital resources and the availability of obstetric, anesthetic, pediatric, and operating-room staff. (Level II-2-A) <i>This document does not intend to set a standard regarding whether staff must be “in house” or “on site” to provide safe intrapartum care and therefore makes no statements on such attendance.</i> The intention of a woman undergoing a TOL after Caesarean section should be clearly stated, and documentation of the previous uterine scar should be clearly marked on the prenatal record (II-2B). (Level II-2: Evidence from well-designed cohort (prospective or retrospective) or case-control studies, preferably from more than one centre or research group; Recommendation B: There is fair evidence to support the recommendation that the condition be specifically considered in a periodic health examination). Each hospital should have a written policy in place regarding the notification and (or) consultation for the physicians responsible for a possible timely Caesarean section. (Level III-A) Each hospital should have a written policy in place regarding the notification and (or) consultation for the physicians responsible for a possible timely Caesarean. (Level III-B). Facilities providing TOL after Caesarean should have a policy in place to manage such parturients, so that all resources are mobilized promptly if an intrapartum emergency occurs.
ACOG 2017	Type de centre : Trial of labor after previous caesarean delivery should be attempted at facilities³ capable of performing emergency deliveries (Level C) Women attempting TOLAC should be cared for in a level 1 center⁴ (ie, one that can provide basic care) or higher. (Level C)

³ Care of uncomplicated pregnancies with the ability to detect, stabilize and initiate management of unanticipated maternal-foetal or neonatal problems, until patient can be transferred to a facility at which specialty maternal care is available.

Contexte organisationnel	
	Available data confirm that TOLAC may be safely attempted in both university and community hospitals and in facilities with or without residency programs. (<i>Énoncé</i>) Ressource : Because of the risks associated with TOLAC, and because uterine rupture and other complications may be unpredictable, ACOG recommends that TOLAC be attempted in facilities that can provide caesarean delivery for situations that are immediate threats to the life of the woman or fetus. When resources for emergency caesarean delivery are not available, ACOG recommends that obstetricians or other obstetric care providers and patients considering TOLAC discuss the hospital's resources and availability of obstetric, pediatric, anesthesiology, and operating room staffs. (<i>Level C</i>). Women attempting TOLAC should be cared for in a level 1 center (ie, one that can provide basic care) or higher. (<i>Level C</i>) Délai : Énoncé: Level I facilities must have the ability to begin emergency caesarean delivery within a time interval that best considers maternal and fetal risks and benefits with the provision of emergency care. Although there is reason to think that more rapid availability of caesarean delivery may provide a small incremental benefit in safety, comparative data examining in detail the effect of alternate systems and response times are not available. Processus : In settings where the resources needed for emergency delivery are not immediately available, the process for gathering needed staff when emergencies arise should be clear, and all centers should have a plan for managing uterine rupture. Drills or other simulations may be useful in preparing for these emergencies. (<i>Énoncé</i>)
RANZCOG 2015	Type de centre : Women should be advised that a planned VBAC should be conducted in a suitably staffed and equipped delivery suite, with continuous intrapartum care and monitoring and with available resources for urgent Caesarean section and advanced neonatal resuscitation should complications such as scar rupture occur. (<i>Consensus-based recommendation</i>)
RCOG 2015	Type de centre : Women should be advised that planned VBAC should be conducted in a suitably staffed and equipped delivery suite with continuous intrapartum care and monitoring with resources available for immediate caesarean delivery and advanced neonatal resuscitation. (<i>Good practice point</i>)
AAFP 2014	Type de centre : Limited data show similar outcomes for women undergoing LAC/VBAC regardless of type or location of hospital or birth volume.

⁴ Basic care (level I), specialty care (level II), subspecialty care (level III), and regional perinatal health care centers (level IV). American College of Obstetricians and Gynecologists. Obstetric Care Consensus No. 2: Levels of maternal care. *Obstet Gynecol* 2015;125:502-15.

Contexte organisationnel	
	(<i>Quality of Evidence: Moderate</i>) Délai : However, infants delivered longer than 30 minutes after a decision to perform immediate delivery for possible uterine rupture have poorer long-term outcomes compared with those delivered more quickly. (<i>Quality of Evidence: Moderate</i>)
CNGOF 2012	Type de centre : La TVBAC peut se dérouler dans une maternité qui ne dispose pas d'un obstétricien ni d'un anesthésiste sur place en permanence. (<i>Accord professionnel</i>). Cette situation expose à un risque plus élevé de ne pas pouvoir réaliser une césarienne dans un délai bref. (<i>Niveau de preuve 4</i>) Processus : Il est recommandé que l'obstétricien de garde soit systématiquement contacté en début de travail pour lui faire part de l'évaluation du contexte obstétrical et valider le choix de la TVBAC. (<i>Accord professionnel</i>) Un appel immédiat de l'obstétricien doit avoir lieu en cas de suspicion de rupture utérine. (<i>Accord professionnel</i>) Il est recommandé que l'obstétricien soit présent sur place lorsque le contexte obstétrical fait évoquer un risque plus élevé d'échec de TVBAC ou de RU tel qu'un déclenchement, des anomalies du rythme cardiaque fœtal ou de non-progression du travail. (<i>Accord professionnel</i>)
OSFQ 2011	Un des éléments de la discussion avec la femme concernant l'AVAC est l'enjeu entourant les délais de transfert. Ces informations illustrent l'incertitude et la variabilité des données sur le sujet. L'OSFQ s'attend à ce que cet élément (le délai de transfert) soit considéré avec soin dans tout échange avec la femme enceinte au sujet de l'AVAC. (<i>non gradée</i>)
AOM 2011	An informed choice discussion regarding the risks and benefits of VBAC and choice of birth place should be comprehensive and well-documented. Documentation of this discussion should include: an outline of risks and benefits discussed, the woman's values and preferences, and any recommendations made by the midwife, if applicable. (<i>Level III-C</i>) Women should understand that access to surgery differs by hospital level in Ontario. Hospitals also vary in their requirements as to whether a physician must be "on site" during VBAC labour or able to provide emergent care within a specified time period (e.g. 30 minutes). At a level III hospital, there is continuous in-house presence of obstetric, anaesthetic and paediatric personnel. Out-of-hospital settings increase the time required to access emergency care, and this time span can be additionally affected by distance from hospital, response times of emergency services and weather conditions. Clients should be made aware of the midwifery practice group protocol for managing VBAC in the home setting, and any mechanisms in place to ensure coordination with emergency medical services and hospital should assistance be required.

ACOG : American College of Obstetricians and Gynecologists; AOM : Association of Ontario Midwives; AVAC : accouchement vaginal après césarienne; CNGOF : Collège national des gynécologues et obstétriciens français; CS : caesarean section; LAC/VBAC : labor after caesarean/vaginal birth after caesarean; OSFQ : Ordre des sages-femmes du Québec; RANZCOG : Royal Australian and New Zealand College of Obstetricians and Gynaecologists; RCOG : Royal College of Obstetricians and Gynecologists; SOGC : Société des obstétriciens et gynécologues du Canada; TOL : trial of labour; TOLAC : trial of labour after caesarean; TVBAC : tentative de voie basse après césarienne; VBAC : vaginal birth after caesarean; * Bien que le guide rapporte un niveau II-2A, les citations n'appuient pas ce niveau de preuve. Il s'agit donc d'un consensus d'experts.

Recommandations ou indications (énoncés) sur l'utilisation de modèles ou d'outils pronostiques

Reproduites textuellement dans la langue d'origine

Modèles prédictifs et nomogrammes	
(Les échelles des niveaux de preuve et des grades des recommandations utilisées par les différentes organisations sont présentées dans un tableau plus bas.)	
ACOG 2017	This model (as well as one that provides the probability of VBAC after TOLAC using information that is not available until the admission for delivery) may have utility for patient education and counseling for those considering TOLAC at term. Although such a calculator may provide more specific information about the chance of VBAC, which can be used by health care providers and their patients to further the process of shared decision making, no prediction model for VBAC has been shown to result in improved patient outcomes. (<i>Énoncé</i>)
AOM 2011	Researchers have not yet developed any scoring models able to accurately predict which women are more likely to experience uterine rupture. (<i>Énoncé</i>)
CNGOF 2012	Les scores et nomogrammes sont d'une utilité clinique limitée pour identifier le groupe de patientes à risque de césarienne en cours de travail. (<i>Accord professionnel</i>)
RANZCOG 2015	Clinicians may find the online NICHD MFMU calculator for predicting successful VBAC useful. This resource can be accessed at: (...). While other factors may influence likelihood of success, clinicians may find this calculator useful when counselling patients regarding their individualised likelihood of success. (<i>Énoncé</i>)
RCOG 2015	The use of specific population-based models to predict VBAC success needs further data although initial results are promising. (<i>Evidence level 2+</i>)
Mesure du segment inférieur de l'utérus	
AOM 2011	The measurement of LUS thickness to determine increased risk of uterine rupture shows some promise as a screening tool. However, the research available at present has failed to identify a consistent association between LUS thickness and risk of rupture. Future research and standardization of technique may change this. This approach to predicting risk increases the use of technology and interventions during pregnancy, without substantiating data that this use of intervention will improve outcomes. Level II-2C: Evidence from well-designed cohort (prospective or retrospective) or case-control studies, preferably from more than one centre or research group, The existing evidence is conflicting and does not allow to make a recommendation for or against use of the clinical preventive action; however, other factors may influence decision-making.
CNGOF 2012	Données insuffisantes de la mesure échographique du segment inférieur sur le risque de rupture utérine. Conséquence pratique : utilité clinique non démontrée. Examen complémentaire non recommandé en routine. (<i>Accord professionnel</i>)
OSFQ 2011	Facteur favorable : Mesure échographique du segment inférieur supérieure à une valeur seuil prédéterminée dans les centres où la technologie et l'expertise le permettent (épaisseur variant entre 2 mm et 3,5 mm entre 35 et 40 semaines). (<i>Énoncé</i>)
RANZCOG 2015	Unfortunately, ultrasound measurement of myometrial thickness has not been demonstrated to be sufficiently predictive, or protective, of uterine rupture to be useful in clinical practice. Studies measuring the lower segment thickness by ultrasound in late pregnancy have reported a low incidence of subsequently detected scar defects (rupture or dehiscence) occurring with a greater frequency in patients whose ultrasound reported a very thin lower segment; however there are many other factors that can affect the incidence of uterine scar rupture. (<i>Énoncé</i>)
RCOG 2015	A recent meta-analysis has suggested that measurement of lower uterine segment (LUS) thickness antenatally in women with a previous caesarean delivery could be used to predict the occurrence of a uterine defect (scar dehiscence or scar rupture) in women undergoing VBAC. (...) This meta-analysis provides support for the use of antenatal LUS measurements in the prediction

	of a uterine defect in women undergoing VBAC; however, clinical applicability needs be assessed in prospective observational studies using a standardised method of measurement. (<i>Evidence level 1+</i>)
SOGC 2018*	In 1996 Rozenberg et al. examined ultrasonographic measurement of the lower uterine segment's myometrial thickness at 36 to 38 weeks' gestation as a predictor of uterine rupture and found that if the lower segment thickness was less than 3.5 mm, the risk of uterine rupture or dehiscence was 11.8%; if the measurement was greater than 3.5 mm, the risk of uterine rupture was minimal.(...) These findings will need to be confirmed in further randomized studies before ultrasonography can be used to make a decision about the safety of TOL after Caesarean. (<i>Énoncé</i>)

AOM : Association of Ontario Midwives; ACOG : American College of Obstetricians and Gynecologists; CNGOF : Collège national des gynécologues et obstétriciens français; OSFQ : Ordre des sages-femmes du Québec; RANZCOG : Royal Australian and New Zealand College of Obstetricians and Gynaecologists; RCOG : Royal College of Obstetricians and Gynecologists; SOGC : Society of Obstetricians and Gynaecologists of Canada; CS : caesarean section; LUS : lower uterine segment; NIHHD : National Institute of Child Health and Human Development (NICHD) Maternal-Fetal Medicine Units Network (MFMU); TOL : trial of labour; TOLAC : trial of labour after caesarean section; VBAC : vaginal birth after caesarean section; TVBAC : tentative de voie basse après césarienne.

Recommandations ou indications (énoncés) sur le déroulement du travail

Reproduites textuellement dans la langue d'origine

Évaluation de la progression du travail	
(Les échelles des niveaux de preuve et des grades des recommandations utilisées par les différentes organisations sont présentées dans un tableau plus bas.)	
ACOG 2015	Studies have shown that women attempting TOLAC seem to have labor patterns similar to those who have not had a prior cesarean delivery. (...) Thus, similar standards should be used to evaluate the labour progress of women undergoing TOLAC and those who have not had a prior cesarean delivery. (<i>Énoncé</i>)
AOM 2011	For women with a prior history of CS it is important for midwives to diagnose and document the onset of active labour accurately and to be vigilant for prolonged labour. (<i>Preuve : niveau II-2; Recommandation : niveau A</i>). For women with a prior history of CS in whom prolonged labour has been identified, obstetric consultation should be requested and IV access and continuous EFM monitoring should be initiated, if not already in place, while awaiting obstetric consultation. (<i>Preuve : niveau III; Recommandation : niveau A</i>).
CNGOF 2012	Il est recommandé que l'obstétricien soit présent sur place lorsque le contexte obstétrical fait évoquer un risque plus élevé d'échec de TVBAC ou de rupture utérine tel qu'un déclenchement, des anomalies du rythme cardiaque fœtal ou de non-progression du travail (<i>Accord professionnel</i>).
OSFQ 2011	Un transfert de responsabilité clinique à un médecin devrait être envisagé si un des éléments suivants est noté au cours du travail : travail progressant inadéquatement en dépit de contractions efficaces (...). (<i>Énoncé</i>)
RANZCOG 2015	Continuous intrapartum care is required to monitor progress and to enable prompt identification and management of uterine scar rupture. (<i>Consensus-based</i>)
RCOG 2015	A senior obstetrician should discuss the following with the woman: the decision to induce labour, the proposed method of induction, the decision to augment labour with oxytocin, the time intervals for serial vaginal examination and the selected parameters of progress that would necessitate discontinuing VBAC. (<i>Good practice point</i>)
SOGC 2018	Progress of labour should be assessed frequently, as there is some evidence that prolonged or desultory labour is associated with an increased risk of failure and uterine rupture. (<i>Énoncé</i>)

AOM : Association of Ontario Midwives; ACOG : American College of Obstetricians and Gynecologists; CNGOF : Collège national des gynécologues et obstétriciens français; CS : caesarean section; OSFQ : Ordre des sages-femmes du Québec; RANZCOG : Royal Australian and New Zealand College of Obstetricians and Gynaecologists; RCOG : Royal College of Obstetricians and Gynecologists; SOGC : Society of Obstetricians and Gynaecologists of Canada; TOLAC : trial of labour after caesarean section; VBAC : vaginal birth after caesarean section; TVBAC : tentative de voie basse après césarienne; EFM : Electronic fetal monitoring.

Recommandations ou indications (énoncés) sur le monitoring fœtal dans les cas d'AVAC

Reproduites textuellement dans la langue d'origine

Monitoring du cœur fœtal	
(Les échelles des niveaux de preuve et des grades des recommandations utilisées par les différentes organisations sont présentées dans un tableau plus bas.)	
ACOG 2017	Continuous fetal heart rate monitoring during TOLAC is recommended. (<i>Niveau B</i>)
RCOG 2015	Women should be advised to have continuous electronic fetal monitoring for the duration of planned VBAC, commencing at the onset of regular uterine contractions. (<i>Niveau D</i>)
RANZCOG 2015	Continuous intrapartum care is required to monitor progress and to enable prompt identification and management of uterine scar rupture. (<i>Recommandation : consensus-based</i>) Women should be advised to have continuous electronic fetal monitoring following the onset of uterine contractions and for the duration of the planned VBAC. (<i>Consensus-based</i>)
CNGOF 2012	En cas de TVBAC, l'enregistrement en continu du rythme cardiaque fœtal est recommandé dès l'entrée en travail. (<i>Accord professionnel</i>) Il est recommandé que le suivi du travail soit réalisé si possible par la même personne. (<i>Accord professionnel</i>) La vigilance à l'égard des signes de rupture doit être une préoccupation de l'ensemble des acteurs de soins (sage-femme, obstétricien, anesthésiste). (<i>Accord professionnel</i>) Un appel immédiat de l'obstétricien doit avoir lieu en cas de suspicion de RU. (<i>Accord professionnel</i>)
AOM 2011	Recommendation 8: Fetal heart monitoring may occur by: intermittent auscultation q 15 minutes in active labour and q 5 minutes in the second stage; or using continuous EFM per current protocols. The relative and absolute risks of severe adverse events in the absence of continuous electronic fetal monitoring are unknown. (<i>Preuve : niveau III; Recommandation : niveau C</i>) Recommendation 9: Continuous EFM should be used if labour is prolonged or if any fetal heart rate abnormalities are noted with intermittent auscultation. (<i>Preuve : niveau II-2; Recommandation : niveau A</i>)
OSFQ 2011	La SF doit informer la femme des 2 possibilités d'évaluation du bien-être fœtal en travail (auscultation intermittente ou monitoring électronique continu). Discuter des avantages et inconvénients dans le cadre de l'AVAC afin de lui permettre une prise de décision informée sur le sujet. (<i>Non gradée</i>)
SOGC 2018	Continuous electronic fetal monitoring of women attempting a TOL after Caesarean section is recommended. (<i>Preuve : niveau II-2; Recommandation : niveau A</i>)

ACOG : American College of Obstetricians and Gynecologists; AOM : Association of Ontario Midwives; CNGOF : Collège national des gynécologues et obstétriciens français; CS : caesarean section; EFM : Electronic foetal monitoring; ERCS : elective repeat caesarean section; GPP : Good Practice Points; OSFQ : Ordre des sages-femmes du Québec; RANZCOG : Royal Australian and New Zealand College of Obstetricians and Gynaecologists; RCOG : Royal College of Obstetricians and Gynecologists; SF : sage-femme; SOGC : Société des obstétriciens et gynécologues du Canada; TOL : trial of labour; TOLAC : trial of labour after caesarean; TVBAC : tentative de voie basse après césarienne; VBAC : vaginal birth after caesarean.

Recommandations ou indications (énoncés) sur l'utilisation du déclenchement du travail dans les cas d'ETAC

Reproduites textuellement dans la langue d'origine

Déclenchement du travail en général ou avec ocytocine	
(Les échelles des niveaux de preuve et des grades des recommandations utilisées par les différentes organisations sont présentées dans un tableau plus bas.)	
ACOG 2017	Induction of labor remains an option in women undergoing TOLAC (<i>Niveau B</i>).
RANZCOG 2015	If induction of labour is required in a patient with a previous Caesarean section, the benefits and risks of planned VBAC should be reconsidered with alternatives discussed. (<i>Consensus-based</i>)
RCOG 2015	Women should be informed of the two-to three-fold increased risk of uterine rupture and around 1.5-fold increased risk of caesarean delivery in induced and/or augmented labour compared with spontaneous VBAC labour. (<i>Niveau D</i>)
RCOG 2015	A senior obstetrician should discuss the following with the woman: the decision to induce labour, the proposed method of induction, the decision to augment labour with oxytocin, the time intervals for serial vaginal examination and the selected parameters of progress that would necessitate discontinuing VBAC. (<i>Good practice point</i>)
AAFP 2014	The AAFP recommends that induction of labor after cesarean is appropriate for women who have a medical indication for induction of labor and who are planning a vaginal birth after cesarean. The risk of uterine rupture varies by method of induction. Misoprostol should not be used for cervical preparation or induction of labor after cesarean in the third trimester of pregnancy for women with a prior cesarean birth. (<i>Preuve : niveau low to moderate; Recommandation : niveau weak</i>)
CNGOF 2012	Le déclenchement du travail sur utérus cicatriciel doit être motivé par une indication médicale. Le déclenchement de convenance doit être évité sur un utérus cicatriciel. (Recommandation : accord professionnel) En cas d'utérus bicicatriciel, il est recommandé de ne pas déclencher le travail. (<i>Accord professionnel</i>) Selon le contexte obstétrical, des compléments d'information devront être donnés, notamment en cas de recours au déclenchement. (<i>Accord professionnel</i>) Une utilisation prudente de l'ocytocine pour le déclenchement du travail est possible. (<i>Niveau C</i>)
AOM 2011	For women planning VBAC, induction of labour should be avoided unless the benefits outweigh the risks. When necessary, midwives should consult obstetrics and review the risks and benefits of methods of induction with the woman and the consultant. As with any clinical situation in which midwives manage care, a clear plan for ongoing communication with the consultant about progress in labour and maternal and fetal well being is recommended when midwives are primary care providers for induction of VBAC labour. (<i>Preuve : niveau III; Recommandation : niveau C</i>)
AOM 2011	When augmentation or induction of labour is required during a VBAC labour and the midwife is the primary care provider, the midwife should take into account how quickly the obstetrical and paediatric team will be available in the event that emergency assistance is required. This may include ongoing communication with the team about progress in labour and maternal and fetal well being. (<i>Preuve : niveau III; Recommandation : niveau C</i>)
SOGC 2018	Medical induction of labour with oxytocin may be associated with an increased risk of uterine rupture and should be used carefully after appropriate counselling. (<i>Preuve : niveau II-2; Recommandation : niveau B</i>)
OSFQ 2011	Le déclenchement du travail est un facteur défavorable à l'AVAC. (<i>Énoncé</i>)
Méthodes de déclenchement du travail – sonde de Foley	
RCOG 2015	Clinicians should be aware that induction of labour using mechanical methods (amniotomy or Foley catheter) is associated with a lower risk of scar rupture compared with induction using prostaglandins. (<i>Niveau D</i>)
CNGOF 2012	L'utilisation du ballon transcervical est possible avec prudence pour le déclenchement sur utérus cicatriciel. (<i>Accord professionnel</i>)

SOGC 2018	A Foley catheter may be safely used to ripen the cervix in a woman planning a TOL after Caesarean section. (<i>Preuve : niveau II-2; Recommandation : niveau A</i>)
Méthodes de déclenchement du travail – prostaglandines (misoprostol)	
ACOG 2017	Misoprostol should not be used for cervical ripening or labor induction in patients at term who have had a cesarean delivery or major uterine surgery. (<i>Niveau A</i>)
CNGOF 2012	Le misoprostol semble augmenter de façon importante le risque de rupture utérine en cas d'utérus cicatriciel avec les protocoles étudiés. (<i>Preuve : niveau 4</i>) Son utilisation en l'état des connaissances n'est pas recommandée. (<i>Accord professionnel</i>)
SOGC 2018	Prostaglandin E1 (misoprostol) is associated with a high risk of uterine rupture and should not be used as part of a TOL after Caesarean section. (<i>Preuve : niveau II-2; Recommandation : niveau A</i>)
Méthodes de déclenchement du travail – prostaglandines (autres que misoprostol)	
RANZCOG 2015	Prostaglandins are not recommended for the induction of planned VBAC at term. (<i>Consensus-based</i>)
SOGC 2018	Medical induction of labour with prostaglandin E2 (dinoprostone) is associated with an increased risk of uterine rupture and should not be used except in rare circumstances and after appropriate counselling. (<i>Preuve : niveau II-2; Recommandation : niveau B</i>).

AAFP : American Association of Family Physicians; ACOG : American College of Obstetricians and Gynecologists; AOM : Association of Ontario Midwives; CNGOF : Collège national des gynécologues et obstétriciens français; GPP : Good Practice Points; OSFQ : Ordre des sages-femmes du Québec; RANZCOG : Royal Australian and New Zealand College of Obstetricians and Gynaecologists; RCOG : Royal College of Obstetricians and Gynecologists; SOGC : Société des obstétriciens et gynécologues du Canada; TOL : trial of labour; TOLAC : trial of labour after caesarean; TVBAC : tentative de voie basse après césarienne; VBAC : vaginal birth after caesarean.

Recommandations ou indications (énoncés) sur la gestion de la douleur dans les cas d'AVAC

Reproduites textuellement dans la langue d'origine

Gestion de la douleur (Les échelles des niveaux de preuve et des grades des recommandations utilisées par les différentes organisations sont présentées dans un tableau plus bas.)	
ACOG 2017	Epidural analgesia for labor may be used as part of TOLAC. (<i>Niveau A</i>)
RANZCOG 2015	Epidural anaesthesia is not contraindicated in a planned VBAC. (<i>Consensus-based</i>)
RCOG 2015	Epidural analgesia is not contraindicated in a planned VBAC, although an increasing requirement for pain relief in labour should raise awareness of the possibility of an impending uterine rupture. (<i>Niveau D</i>)
CNGOF 2012	En cas d'accouchement par voie vaginale sur antécédent de césarienne, la réalisation d'une analgésie péridurale est encouragée. (<i>Accord professionnel</i>) La mise en œuvre d'une analgésie péridurale, facilement approfondie en anesthésie péridurale si nécessaire, est particulièrement encouragée. (<i>Accord professionnel</i>)
AOM 2011	Prompt consultation should be initiated if the woman labouring after a previous CS experiences any unusual pain or if epidural anaesthesia is being used and is not effective. (<i>Preuve : niveau III; Recommandation : niveau C</i>)

AOM : Association of Ontario Midwives; CNGOF : Collège national des gynécologues et obstétriciens français; CS : caesarean section; RANZCOG : Royal Australian and New Zealand College of Obstetricians and Gynaecologists; RCOG : Royal College of Obstetricians and Gynecologists; TOLAC : trial of labour after caesarean section; VBAC : vaginal birth after caesarean section.

Recommandations ou indications (énoncés) sur la prise de décision pour un accouchement après la césarienne

Reproduites textuellement dans la langue d'origine

Prise de décision (Les échelles des niveaux de preuve et des grades des recommandations utilisées par les différentes organisations sont présentées dans un tableau plus bas.)	
SOGC 2018	Offrir et discuter les options : Recommandation 1 : Provided there are no contraindications, a woman with 1 previous transverse low-segment Caesarean section should be offered a trial of labour (TOL) with appropriate discussion of maternal and perinatal risks and benefits. The process of informed consent with appropriate documentation should be an important part of the birth plan in a woman with a previous Caesarean section. (<i>Preuve : niveau II-2; Recommandation : niveau B</i>) Informar la patiente : Recommandation 3 : The woman and her health care provider must be aware of the hospital resources and the availability of obstetric, anesthetic, pediatric, and operating-room staff. (<i>Preuve : niveau II-2; Recommandation : niveau A</i>) Recommandation 17 : Women delivering within 18 months of a Caesarean section should be counselled about an increased risk of uterine rupture in labour. (<i>Preuve : niveau II-2; Recommandation : niveau B</i>)
ACOG 2017	Informar la patiente : When resources for emergency cesarean delivery are not available, ACOG recommends that obstetricians or other obstetric care providers and patients considering TOLAC discuss the hospital's resources and availability of obstetric, pediatric, anesthesiology, and operating room staff. (<i>Niveau C</i>) Décision partagée, choix éclairé : After counseling, the ultimate decision to undergo TOLAC or a repeat cesarean delivery should be made by the patient in consultation with her obstetrician or obstetric care provider. The potential risks and benefits of both TOLAC and elective repeat cesarean delivery should be discussed. Documentation of counseling and the management plan should be included in the medical record. (<i>Niveau C</i>)
RANZCOG 2015	Informar la patiente : Recommandation 1 : Early in the postnatal period following a primary Caesarean delivery, women should be offered the opportunity to be debriefed and to discuss their birth experience, as well as their potential suitability for planned VBAC in future pregnancies. (<i>Consensus-based</i>) Recommandation 2 : Women with a prior history of an uncomplicated lower segment Caesarean section, in an otherwise uncomplicated pregnancy, should be given the opportunity to discuss the birth options of planned VBAC or elective Caesarean section early in the course of their antenatal care. (<i>Consensus-based</i>) Recommandation 3 : The risks and benefits of the birth options, considered in conjunction with an individual woman's chances of success for VBAC, should be discussed with the patient and documented in the medical record. The provision of a patient information leaflet or other

Prise de décision (Les échelles des niveaux de preuve et des grades des recommandations utilisées par les différentes organisations sont présentées dans un tableau plus bas.)	
	similar resource at the consultation is recommended. (<i>Consensus-based</i>) Respect des choix : Recommandation 4 : Respect should be given to the woman's right to be involved in the decision making regarding mode of birth, considering her wishes, her perception of the risks and her plans for future pregnancies. (<i>Consensus-based</i>) Décision partagée, choix éclairé : Recommandation 7 : A final decision regarding mode of birth should be agreed between the woman and her obstetrician (and midwife where appropriate) before the expected/planned delivery date (ideally by 36 weeks gestation). A plan in the event of labour starting prior to the scheduled date should be agreed and documented. (<i>Consensus-based</i>) Recommandation 8 : Women should be advised that a planned VBAC should be conducted in a suitably staffed and equipped delivery suite, with continuous intrapartum care and monitoring and with available resources for urgent Caesarean section and advanced neonatal resuscitation should complications such as scar rupture occur. (<i>Consensus-based</i>)
RCOG 2015	Informar la patiente : Planned VBAC is appropriate for and may be offered to the majority of women with a singleton pregnancy of cephalic presentation at 37+0 weeks or beyond who have had a single previous lower segment caesarean delivery, with or without a history of previous vaginal birth. (<i>Niveau B</i>) Women should be made aware that successful VBAC has the fewest complications and therefore the chance of VBAC success or failure is an important consideration when choosing the mode of delivery. (<i>Niveau B</i>) Women should be made aware that the greatest risk of adverse outcome occurs in a trial of VBAC resulting in emergency caesarean delivery. (<i>Niveau B</i>) Women should be informed that planned VBAC is associated with an approximately 1 in 200 (0.5%) risk of uterine rupture. (<i>Niveau B</i>) Women should be informed that the absolute risk of birth-related perinatal death associated with VBAC is extremely low and comparable to the risk for nulliparous women in labour. (<i>Niveau C</i>) Women should be informed that ERCS is associated with a small increased risk of placenta praevia and/or accreta in future pregnancies and of pelvic adhesions complicating any future abdominopelvic surgery. (<i>Niveau C</i>) Women should be informed that the success rate of planned VBAC is 72–75%. (<i>Niveau C</i>) Women who are preterm and considering the options for birth after a previous caesarean delivery should be informed that planned preterm VBAC has similar success rates to planned term VBAC but with a lower risk of uterine rupture. (<i>Niveau B</i>) Décision partagée, choix éclairé : Women with an unplanned labour and a history of previous caesarean delivery should have a discussion with an experienced obstetrician to

Prise de décision (Les échelles des niveaux de preuve et des grades des recommandations utilisées par les différentes organisations sont présentées dans un tableau plus bas.)	
	determine feasibility of VBAC [New 2015]. (<i>Good practice point</i>) Women with an unplanned labour and a history of previous caesarean delivery should have a discussion with an experienced obstetrician to determine feasibility of VBAC [New 2015]. (<i>Good practice point</i>)
AAFP 2014	Informar la paciente : Recommendation 1 : Labor after cesarean is safe and appropriate for most women with a history of one or two prior cesarean births. The AAFP recommends that clinicians counsel, encourage and facilitate planned vaginal birth after cesarean so that women can make informed decisions. (<i>Preuve : moderate</i>). If planned vaginal birth after cesarean is not locally available, then women desiring it should be offered referral to a facility and/or clinician who can offer the service. Recommendation 2 : The AAFP strongly recommends that clinicians inform women who have had a prior vaginal birth, either before or after a prior cesarean birth, that they have a high likelihood of vaginal birth after cesarean. Unless there are specific contraindications to a vaginal birth, these women should be encouraged to plan a labor and vaginal birth after cesarean and should be offered referral to clinicians and facilities capable of providing this service, if it is not available locally. (<i>High</i>) Recommendation 3 : There are few data about factors other than prior vaginal birth that strongly influence the rate of vaginal birth after cesarean. Clinicians should discuss the indications for and circumstances surrounding a woman's prior cesarean birth(s) during counseling. (<i>Good practice point</i>) Recommendation 6 : Clinicians should inform each woman about the specific short-term benefits and harms of planned labor and vaginal birth after cesarean and planned repeat cesarean birth, both for herself and her fetus/infant. (<i>Good practice point</i>) Maternal outcomes are equivalent or better with LAC/VBAC compared with RCD (<i>Quality of evidence varies by outcome</i>), while perinatal mortality is increased with LAC/VBAC compared to RCD. (<i>Preuve : moderate</i>) Recommendation 7 : Clinicians should inform each woman about the specific long-term benefits and harms of planned labor and vaginal birth after cesarean and planned repeat cesarean birth, and individualize care based on patient preferences regarding lifetime plans for childbearing. (<i>Good practice point</i>) Compared with vaginal birth after cesarean, a repeat cesarean delivery increases future risks of abnormal placentation (<i>Preuve : moderate</i>), hysterectomy (<i>Preuve : moderate</i>), and surgical complications (<i>Preuve : low</i>). Recommendation 8 : All women desiring LAC/VBAC should be counselled about the capabilities of their specific delivery setting, and women determined to be at high risk for complications with either labor and vaginal birth after cesarean or repeat cesarean birth should be referred to facilities capable of effectively treating problems as they develop. (<i>Good practice point</i>) Réaffirmation des choix : Recommendation 4 : When a woman who has had a prior cesarean birth presents to the hospital in labor, the clinician caring for her should reassess with her the plan for labor and vaginal birth after cesarean or repeat cesarean, considering factors on admission that may affect the risks of labor and the likelihood of vaginal birth. The clinician should discuss, on an ongoing basis during labor, any change of status affecting the risks of labor and likelihood of vaginal birth for a woman electing labor after cesarean. (<i>Good practice point</i>)
CNGOF 2012	Informar la paciente : Il est recommandé d'informer les patientes sur les particularités d'une naissance avec un utérus cicatriciel au décours de toute césarienne

Prise de décision (Les échelles des niveaux de preuve et des grades des recommandations utilisées par les différentes organisations sont présentées dans un tableau plus bas.)	
	dès la période du post-partum et notamment lors de la visite postnatale. (<i>Accord professionnel</i>) Il est recommandé que l'information dispensée aux patientes porteuses d'un utérus cicatriciel en vue de leur accouchement présente la TVBAC et la césarienne itérative. (<i>Accord professionnel</i>) Réaffirmation des choix : Il est recommandé que la décision de voie d'accouchement soit validée par un obstétricien au cours du huitième mois. (<i>Accord professionnel</i>)
AOM 2011	Informar la patiente : Recommandation 1 : The risks and benefits of VBAC compared with ERCS should be discussed with women who have a history of CS. This discussion, including the woman's decision, should be appropriately documented in the woman's chart. (<i>Preuve : niveau II-2; Recommandation : niveau B</i>) Recommandation 4 : Midwives should discuss the relevant factors which may influence the likelihood of success or risk of VBAC with their clients. Inform clients that such factors are not contraindications to VBAC but may be considerations in their care during labour. (<i>Preuve : niveau III; Recommandation : niveau C</i>) Recommandation 14 : Women should be informed that there is little published evidence on outcomes, including safety of VBAC, in the out-of-hospital setting. While the quality of these studies varies, they do not demonstrate increased risk. (<i>Preuve : niveau III; Recommandation : niveau C</i>) Recommandation 13 : An informed choice discussion regarding the risks and benefits of VBAC and choice of birth place should be comprehensive and well-documented. (<i>Preuve : niveau III; Recommandation : niveau C</i>) Respect des choix : Recommandation 15 : For clients planning VBAC, describe the VBAC policies in place at the hospital(s) where the attending midwives have hospital privileges. A woman's informed choices to accept or decline recommended interventions in hospital should be respected. (<i>Preuve : niveau III; Recommandation : niveau C</i>)
OSFQ 2011	Informar la patiente : Prendre le temps d'informer la femme enceinte sur les enjeux entourant un AVAC (y compris le choix du lieu de naissance) et d'échanger avec elle sur ses valeurs et sur ses besoins. (<i>Non gradée</i>) Décision partagée, choix éclairé : Utiliser l'outil d'aide à la décision partagée fourni par l'OSFQ. (<i>Recommandation non gradée</i>)

AAFP : American Academy of Family Physicians; ACOG : The American College of Obstetricians and Gynecologists; AOM : Association of Midwives of Ontario; CNGOF : Collège National des Gynécologues et Obstétriciens Français; ERCS : elective repeated caesarean section; LAC : labor after caesarean; OSFQ : Ordre des sages-femmes du Québec; RANZCOG : Royal Australian and New Zealand College of Obstetricians and Gynaecologists; RCD : repeated caesarean delivery; RCOG : Royal College of Obstetricians and Gynaecologists; SOGC : Société des obstétriciens et gynécologues du Canada; TVBAC : tentative de voie basse après une césarienne; VBAC : vaginal birth after caesarean.

Recommandations ou indications (énoncés) sur les indicateurs en lien avec l'accouchement vaginal après la césarienne

Reproduites textuellement dans la langue d'origine

Indicateurs	
(Les échelles des niveaux de preuve et des grades des recommandations utilisées par les différentes organisations sont présentées dans un tableau plus bas.)	
SOGC 2018	1. The process of informed consent with appropriate documentation should be an important part of the birth plan in a woman with a previous Caesarean section. (<i>Preuve : niveau II-2; Recommandation : niveau B</i>) 2. The intention of a woman undergoing a TOL after Caesarean section should be clearly stated, and documentation of the previous uterine scar should be clearly marked on the prenatal record. (<i>Preuve : niveau II-2; Recommandation : niveau B</i>) 4. Each hospital should have a written policy in place regarding the notification and (or) consultation for the physicians responsible for a possible timely Caesarean section. (<i>Preuve : niveau III; Recommandation : niveau B</i>)
ACOG 2017	The potential risks and benefits of both TOLAC and elective repeat cesarean delivery should be discussed. Documentation of counseling and the management plan should be included in the medical record. (<i>Niveau C</i>) However, patients should be clearly informed of the potential increases in risk and management alternatives. (<i>Énoncé</i>)
RANZCOG 2015	Pregnancy after Caesarean section should be subject to multi-disciplinary clinical audit, including assessment of the number of women opting for planned VBAC versus ERCS as well as the number achieving VBAC. Quality of adherence to agreed protocols should form part of the clinical audit. (<i>Recommandation : consensus-based recommendation</i>) That a woman should be well informed regarding mode of birth after previous Caesarean section. (<i>Énoncé</i>)
RCOG 2015	The antenatal counselling of women with a previous caesarean birth should be documented in the notes. (<i>Good practice point</i>) The routine use of VBAC checklists during antenatal counselling should be considered, as they would ensure informed consent and shared decision making in women undergoing VBAC. (<i>Niveau B</i>)
AAFP 2014	Recommandation 9 : Hospitals should have institutional guidelines to promote access to labor and vaginal birth after cesarean. Hospitals should actively monitor and endeavor to continuously improve the quality of care for women who choose labor after cesarean. (<i>Good practice point</i>)
CNGOF 2012	L'option retenue doit être motivée et notée dans le dossier médical avec la date et le nom de l'obstétricien. (<i>Accord professionnel</i>) L'attitude à adopter en cas d'entrée en travail inopinée doit être explicitée dans le dossier. (<i>Accord professionnel</i>) L'avenir obstétrical de la patiente est un élément à intégrer à l'information et à la décision des modalités d'accouchement chez ces patientes [admissibles à AVAC]. (<i>Accord professionnel</i>)
OSFQ 2011	Documenter soigneusement les discussions et les démarches faites avec la femme enceinte et tout autre professionnel. (<i>Recommandation non gradée</i>)
AOM 2011	Recommandation 5 : In developing the plan for care of a woman planning a VBAC, request and review a copy of the operative record from the previous caesarean section(s). Inability to obtain the previous record should be documented in the woman's chart. (<i>Preuve : niveau III; Recommandation : niveau C</i>)

	Recommandation 10 : For women with a prior history of CS it is important for midwives to diagnose and document the onset of active labour accurately and to be vigilant for prolonged labour. (<i>Preuve : niveau II-2; Recommandation : niveau A</i>). Midwives are advised to document clearly that an informed choice discussion has taken place. (<i>Énoncé</i>)
--	--

Tableau des échelles des niveaux de preuve et des grades des recommandations utilisées par les différentes organisations médicales et sages-femmes

Reproduites textuellement dans la langue d'origine

	Niveaux de preuve	Grades des recommandations
ACOG Canada	I Evidence obtained from at least one properly designed randomized controlled trial. II-1 Evidence obtained from well-designed controlled trials without randomization. II-2 Evidence obtained from well-designed cohort or case–control analytic studies, preferably from more than one center or research group. II-3 Evidence obtained from multiple time series with or without the intervention. Dramatic results in uncontrolled experiments also could be regarded as this type of evidence. III Opinions of respected authorities, based on clinical experience, descriptive studies, or reports of expert committees.	Level A—Recommendations are based on good and consistent scientific evidence. Level B—Recommendations are based on limited or inconsistent scientific evidence. Level C—Recommendations are based primarily on consensus and expert opinion.
AOM Canada (Ontario)	I Evidence obtained from at least one properly designed randomized controlled trial. II-1 Evidence obtained from well-designed controlled trials without randomization. II-2 Evidence obtained from well-designed cohort or case–control analytic studies, preferably from more than one center or research group. II-3 Evidence obtained from multiple time series with or without the intervention. Dramatic results in uncontrolled experiments also could be regarded as this type of evidence. III Opinions of respected authorities, based on clinical experience, descriptive studies, or reports of expert committees.	Level A — There is good evidence to recommend the clinical preventive action Level B — There is fair evidence to recommend the clinical preventive action Level C — The existing evidence is conflicting and does not allow to make a recommendation for or against use of the clinical preventive action; however, other factors may influence decision-making Level D — There is fair evidence to recommend against the clinical preventive action Level E — There is good evidence to recommend against the clinical preventive action Level L — There is insufficient evidence (in quantity or quality) to make a recommendation; however, other factors may influence decision-making

	Niveaux de preuve	Grades des recommandations
CNGOF France	Niveau 1 Essais comparatifs randomisés de forte puissance; Méta-analyses d'essais comparatifs randomisés; Analyse de décision basée sur des études bien menées Niveau 2 Essais comparatifs randomisés de faible puissance; Études comparatives non randomisées bien menées; Études de cohorte Niveau 3 Études cas-témoins Niveau 4 Études comparatives comportant des biais importants; Études rétrospectives; Séries de cas Niveau d'experts	Niveau A — Preuve scientifique établie Niveau B — Présomption scientifique Niveau C — Faible niveau de preuve Accord professionnel
OSFQ Canada (Québec)	S. O.	S. O.
RANZCOG Australie		Evidence-based Level A — Body of evidence can be trusted to guide practice Level B — Body of evidence can be trusted to guide practice in most situations Level C — Body of evidence provides some support for recommendation(s) but care should be taken in its application Level D — The body of evidence is weak and the recommendation must be applied with caution Consensus-based — Recommendation based on clinical opinion and expertise as insufficient evidence available Good practice note — Practical advice and information based on clinical opinion and expertise
RCOG Royaume-Uni	1++ High-quality meta-analyses, systematic reviews of randomised controlled trials or randomised controlled trials with a very low risk of bias 1+ Well-conducted meta-analyses, systematic reviews of randomised controlled trials or randomised controlled trials with a low risk of bias 1– Meta-analyses, systematic reviews of randomised controlled trials or randomised controlled trials with a high risk of bias 2++ High-quality systematic reviews of case-control or cohort studies or high-quality case-control or cohort studies with a very low risk of confounding, bias or chance and a high probability that the relationship is causal 2+ Well-conducted case-control or cohort studies with a low risk	Level A— At least one meta-analysis, systematic review or randomised controlled trial rated as 1++, and directly applicable to the target population; or A systematic review of randomised controlled trials or a body of evidence consisting principally of studies rated as 1+, directly applicable to the target population and demonstrating overall consistency of results Level B — A body of evidence including studies rated as 2++ directly applicable to the target population, and demonstrating overall consistency of results; or Extrapolated

	Niveaux de preuve	Grades des recommandations
	of confounding, bias or chance and a moderate probability that the relationship is causal 2– Case–control or cohort studies with a high risk of confounding, bias or chance and a significant risk that the relationship is not causal 3 Non-analytical studies, e.g. case reports, case series 4 Expert opinion	evidence from studies rated as 1++ or 1+ Level C — A body of evidence including studies rated as 2+ directly applicable to the target population, and demonstrating overall consistency of results; or Extrapolated evidence from studies rated as 2++ Level D — Evidence level 3 or 4; or Extrapolated evidence from studies rated as 2+ Good practice point — Recommended best practice based on the clinical experience of the guideline development group
SOGC Canada	I Evidence obtained from at least one properly randomized controlled trial. II-1 Evidence from well-designed controlled trials without randomization. II-2 Evidence from well-designed cohort (prospective or retrospective) or case-control studies, preferably from more than one centre or research group. II-3 Evidence obtained from comparisons between times or places with or without intervention. Dramatic results in uncontrolled experiments (such as the results of treatment with penicillin in the 1940s) could also be included in this category. III Opinions of respected authorities, based on clinical experience, descriptive studies, or reports of expert committees.	Level A — There is good evidence to support the recommendation that the condition be specifically considered in a periodic health examination. Level B — There is fair evidence to support the recommendation that the condition be specifically considered in a periodic health examination. Level C — There is poor evidence regarding the inclusion or exclusion of the condition in a periodic health examination, but recommendations may be made on other grounds. Level D — There is fair evidence to support the recommendation that the condition not be considered in a periodic health examination. Level E — There is good evidence to support the recommendation that the condition be excluded from consideration in a periodic health examination. There is good evidence to support the recommendation that the condition be specifically considered in a periodic health examination

ACOG : American College of Obstetricians and Gynecologists; AOM : Association of Ontario Midwives; NGOF : Collège national des gynécologues et obstétriciens français; GPP : Good Practice Points; OSFQ : Ordre des sages-femmes du Québec; RANZCOG : Royal Australian and New Zealand College of Obstetricians and Gynaecologists; RCOG : Royal College of Obstetricians and Gynecologists; SOGC : Société des obstétriciens et gynécologues du Canada. S.O. : Sans objet

ANNEXE H

Appréciation de la preuve pour les résultats d'intérêt (GRADE)

Nombre d'études	Risque de biais	Hétérogénéité des résultats	Résultats indirects	Imprécision des résultats	Biais de publication	Facteurs augmentant le niveau de preuve	Qualité de la preuve
AVAC complétés							
1 ETS, 1 comp., 11 cohortes (11 rétro., 1 prosp.), 1 ERC	Pas de limite importante	Limite importante ¹ (-1)	Limite importante ² (-1)	Pas de limite importante	Pas de limite importante	Association forte (+1) ⁵	⊕Très faible
Complications maternelles							
Décès maternel 1 ETS, 3 cohortes (2 rétro., 1 prosp.)	Pas de limite importante	Limite importante ¹ (-1)	Limite importante ² (-1)	Limite importante ⁴ (-1)	Pas de limite importante	Aucun	⊕Très faible
Rupture utérine complète 1 ETS, 1 comp., 10 cohortes (8 rétro., 2 prosp.), 1 ECR	Pas de limite importante	Limite importante ¹ (-1)	Limite importante ² (-1)	Pas de limite importante	Pas de limite importante	Aucun	⊕Très faible
Transfusion sanguine ou admission à un niveau de soins plus élevé 1 ETS, 1 comp., 2 cohortes rétro., 1 ECR	Pas de limite importante	Limite importante ¹ (-1)	Limite importante ^{2,3} (-1)	Limite importante ⁴ (-1)	Pas de limite importante	Aucun	⊕Très faible
Hystérectomie 2 cohortes rétro., 1 ECR	Pas de limite importante	Limite importante ¹ (-1)	Limite importante ² (-1)	Pas de limite importante	Pas de limite importante	Aucun	⊕Très faible
Transfert maternel 4 cohortes (3 rétro., 1 prosp.)	Pas de limite importante	Limite importante ¹ (-1)	Limite importante ³ (-1)	Pas de limite importante	Pas de limite importante	Aucun	⊕Très faible
Complications périnatales							
Décès périnatal 1 ETS, 2 comp., 3 cohortes rétro., 1 ECR	Pas de limite importante	Limite importante ¹ (-1)	Limite importante ² (-1)	Limite importante ⁴ (-1)	Pas de limite importante	Aucun	⊕Très faible

Complications neurologiques 1 ETS, 3 comp., 1 ECR	Pas de limite importante	Limite importante ¹ (-1)	Limite importante ³ (-1)	Pas de limite importante	Pas de limite importante	Aucun	⊕Très faible
Admission en unité de soins intensifs néonataux 1 ETS, 2 comp., 4 cohortes rétro.	Pas de limite importante	Limite importante ¹ (-1)	Limite importante ² (-1)	Pas de limite importante	Pas de limite importante	Aucun	⊕Très faible
Score d'Apgar bas 1 ETS, 3 comp., 4 cohortes rétro., 1 ECR	Pas de limite importante	Limite importante ¹ (-1)	Limite importante ³ (-1)	Pas de limite importante	Pas de limite importante	Aucun	⊕Très faible
Transfert néonatal 3 cohortes rétro.	Pas de limite importante	Limite importante ¹ (-1)	Limite importante ² (-1)	Pas de limite importante	Pas de limite importante	Aucun	⊕Très faible

Abréviations : comp. : comparative; ECR : essai contrôlé randomisé; ETS : Rapport d'évaluation des technologies de la santé; rétro. : rétrospective; prosp. : prospective

¹ Hétérogénéité clinique ou méthodologique.

² Une seule étude compare les lieux d'accouchement après une césarienne. Les autres comparaisons sont faites à partir de comparaisons indirectes d'études sur un seul lieu.

³ Définition de la complication ou de la mesure variable d'une étude à l'autre.

⁴ Puissance limitée.

⁵ Les études se rejoignent, puissance élevée pour le résultat global.

Le processus d'évaluation de la qualité de la preuve scientifique est inspiré des travaux du *Grading of Recommendations Assessment, Development and Evaluation* (GRADE). Le système GRADE est fondé sur les résultats et part du type d'études pour déterminer la qualité des données scientifiques. Les études cliniques randomisées fournissent des données scientifiques de qualité élevée, tandis que les études observationnelles sont de faible qualité. Le niveau de confiance par rapport à l'estimation de l'effet est binaire, soit fort ou faible.

Définition de la qualité de la preuve

Qualité de la preuve	Degré de confiance
⊕ ⊕ ⊕ ⊕ Élevée	Nous estimons que l'effet réel est proche de l'estimation de l'effet.
⊕ ⊕ ⊕ Modérée	Notre confiance en l'estimation de l'effet est modérée : l'effet réel est probablement proche de l'estimation, mais il y a une possibilité qu'il soit considérablement différent.
⊕ ⊕ Faible	Notre confiance en l'estimation est limitée : l'effet réel peut être considérablement différent de l'estimation.
⊕ Très faible	Nous avons très peu confiance en l'estimation de l'effet : l'effet réel est probablement considérablement différent de l'estimation.

Adapté de 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 2011;64(4):401-6.

ANNEXE I

Codes diagnostiques pour l'identification des accouchements

Identification des accouchements dans MED-ECHO

Cette d'analyse porte sur les accouchements au cours de l'année financière 2016-2017, soit du 1^{er} avril 2016 au 31 mars 2017.

Les accouchements ont été identifiés avec les codes suivants de la classification internationale des maladies (CIM-10-CA⁵) relative à l'accouchement au cours d'une hospitalisation (fichier MED-ÉCHO)⁶:

Code de diagnostic O10-O16, O21-O29, O30-O46, O48, O60-O75, O85-O92, O95 ou O98- O99, peu importe sa position, dont le sixième caractère est 1 ou 2;

Code Z37, peu importe sa position.

Tous les diagnostics sont considérés dans cet algorithme (soit le diagnostic principal, les diagnostics de service et secondaires). En présence de plusieurs hospitalisations avec un code d'accouchement au cours d'une année, seulement la dernière hospitalisation a été retenue.

Classement des accouchements

Tous les accouchements sont classés en trois cohortes principales (mutuellement exclusives) selon les critères suivants :

- 1) **Cohorte Césarienne** : toutes les patientes ayant accouché durant l'année financière en question pour lesquelles un code de césarienne est présent parmi les interventions (code CCI⁷ : 5MD60).

Cette cohorte a fait l'objet d'une subdivision :

- a) **Cohorte Césarienne itérative** : toutes les patientes de la cohorte **Césarienne** pour lesquelles une césarienne antérieure a été identifiée, mais pour lesquelles aucun code d'intervention (CCI) lié au déclenchement du travail ou au travail actif n'a été identifié.
- b) **Cohorte Échec d'épreuve de travail après césarienne (ETAC)** : cette cohorte comporte toutes les patientes de la cohorte **Césarienne** qui sont des cas soupçonnés d'échec d'ETAC pour lesquelles il y a au moins un code d'intervention (CCI) en lien avec le déclenchement du travail ou le travail actif, et les cas confirmés d'échec d'ETAC pour lesquels un code diagnostique lié à l'échec de

⁵ CIM-10-CA : Classification statistique internationale des maladies et des problèmes de santé connexes, dixième révision, Canada (CIM-10-CA).

⁶ Source : Indicateurs d'accouchement selon le lieu de résidence. Métadonnées des Statistiques éclair. Institut canadien d'information sur la santé (ICIS), 27 avril 2017.

⁷ CCI : Classification canadienne des interventions en santé, 2015 (avant CCADTC).

l'épreuve de travail après césarienne (Code CIM-10-CA à 5 positions : O66.40^)
est présent.

- c) **Cohorte Césarienne primaire** : par élimination, cette cohorte est composée de tous les cas de césariennes pour lesquels aucune césarienne antérieure n'a été identifiée.

- 2) **Cohorte Accouchement vaginal après césarienne (AVAC)** : toutes les patientes ayant accouché durant l'année financière en question pour lesquelles un diagnostic d'AVAC (CIM-10-CA : O75.701) a été posé au cours de l'hospitalisation et aucun code d'accouchement par césarienne (CCI : 5MD60) n'est présent parmi les interventions, ainsi que toutes les patientes ayant accouché durant l'année financière en question pour lesquelles aucun code de césarienne ou d'AVAC n'est présent parmi les interventions, mais qui ont eu un accouchement par césarienne dans le passé.
- 3) **Cohorte Accouchement par voie vaginale** : toutes les patientes qui ne sont pas classées dans les cohortes précédentes se trouvent dans cette catégorie.

Méthode mixte d'identification des césariennes antérieures

Une césarienne antérieure est identifiée à l'aide des stratégies suivantes :

- un code de césarienne (code CCI : 5MD60) est repéré dans les huit dernières années;

OU

- un code de diagnostic décrivant une cicatrice utérine due à une césarienne antérieure est présent au cours de l'année index (code CIM -10 : O34.20).

Codes d'identification dans la base MED-ECHO pour les complications retenues

Tableau : Codes d'identification des complications maternelles et néonatales

Complication	code cim-10-ca ou cci
Rupture utérine	O71001, O71011, O71081, O71101, O71104, O71111, O71181
Hystérectomie	1RM59LAGX, 1RM87LAGX, 1RM87LAAK, 1RM87CAGX, 1RM87CAAE, 1RM91LA, 1RM89LA
Transfusion	1LZ19HHU1A, 1LZ19HHU6A, 1LZ19HHU2A, 1LZ19HHU7J, 1LZ19HHU5J, 1LZ19HHU1J, 1LZ19HHU4J, 1LZ19HHU2J
Complication neurologique du nouveau-né	P90, P910, P916, P9180, P9188, P919

Tous les diagnostics du fichier MED-ECHO ont été considérés dans la construction des variables sur les complications néonatales, soit le diagnostic principal, les diagnostics de service et secondaires.

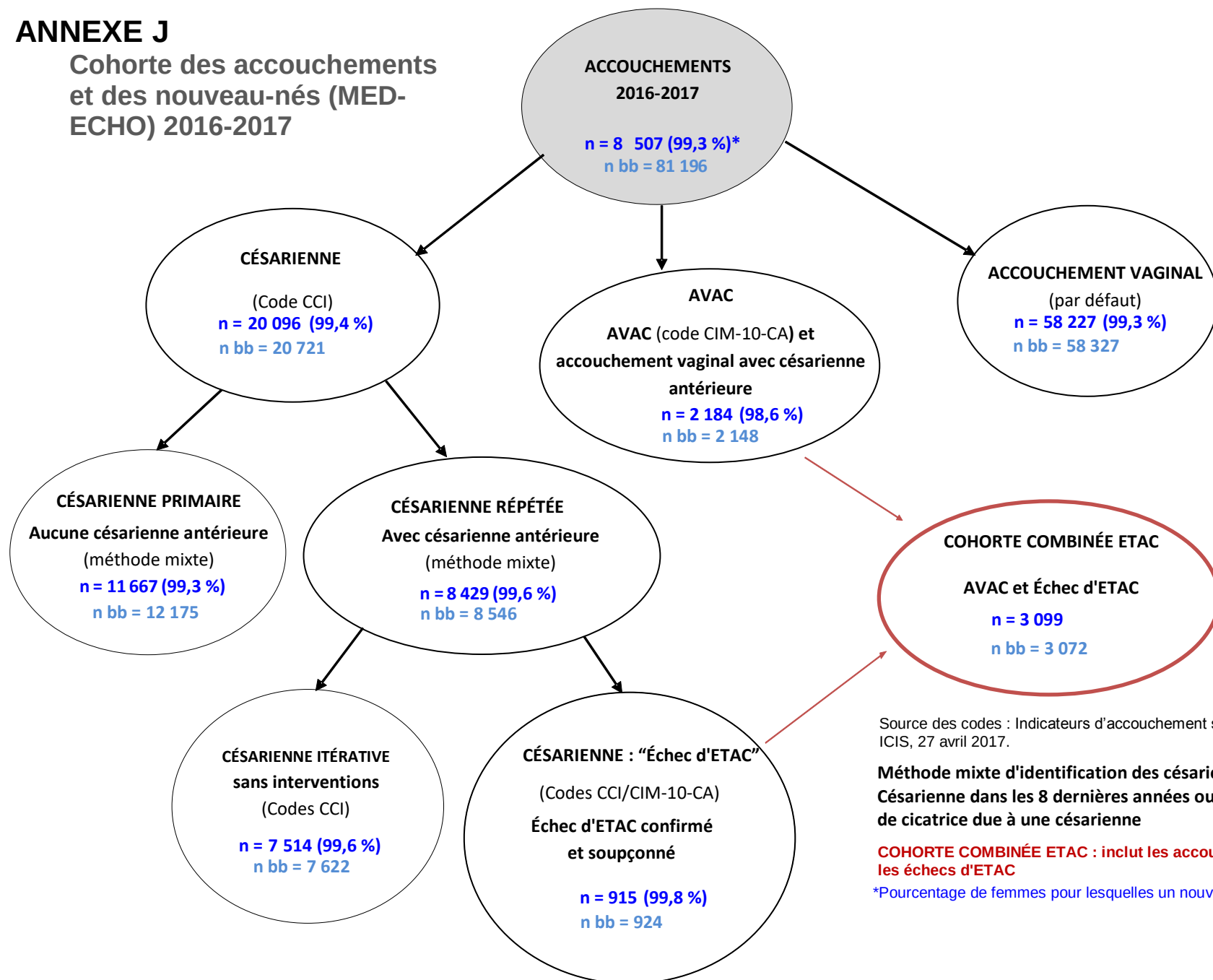
Tableau : Codes de variables d'intérêt pour le nouveau-né

Variable med-echo	Valeur
Code d'unité de soins intensifs 3.36.1	Soins intensifs 01 Soins néonataux 06
Poids du bébé à la naissance	Valeur numérique en grammes

Caractéristique	code cim-10-ca
Singleton	Z38000, Z38001, Z38010, Z38011, Z38100, Z38101, Z38200, Z38201

ANNEXE J

Cohorte des accouchements et des nouveau-nés (MED- ECHO) 2016-2017



Source des codes : Indicateurs d'accouchement selon le lieu de résidence.
ICIS, 27 avril 2017.

Méthode mixte d'identification des césariennes antérieures :
Césarienne dans les 8 dernières années ou code diagnostique
de cicatrice due à une césarienne

**COHORTE COMBINÉE ETAC : inclut les accouchements par AVAC et
les échecs d'ETAC**

*Pourcentage de femmes pour lesquelles un nouveau-né a été apparié

ANNEXE K

Identification des accouchements dans I-CLSC

Liste des maisons de naissance du Québec

Maison de naissance	Région
Maison de naissance Colette-Julien	Bas-Saint-Laurent / Centre local de services communautaires de La Mitis
Maison de naissance de la Capitale-Nationale	Capitale-Nationale / Centre de santé et de services sociaux de la Capitale-Nationale
Maison de naissance Mimosa	Chaudière-Appalaches / Centre intégré de santé et de services sociaux de Chaudière-Appalaches
Maison de naissance de l'Estrie	Estrie / Centre de santé et de services sociaux - Institut universitaire de gériatrie de Sherbrooke
Service de sages-femmes du CISSS du sud de Lanaudière	Lanaudière, Terrebonne / Centre intégré de santé et de services sociaux du sud de Lanaudière
Maison de naissance du Boisé	Laurentides / Centre de santé et de services sociaux de Saint-Jérôme
Maison de naissance de la Rivière	Mauricie-et-Centre-du-Québec / Centre de santé et de services sociaux de Bécancour-Nicolet-Yamaska
Maison de naissance du Haut-Richelieu-Rouville	Montérégie / Centre intégré de santé et de services sociaux de la Montérégie-Centre
Maison de naissance Côte-des-Neiges	Montréal / Centre intégré universitaire de santé et de services sociaux du Centre-Ouest-de-l'Île-de-Montréal
Maison de naissance du CIUSSS de l'Ouest-de-l'Île	Montréal / Centre intégré universitaire de santé et de services sociaux de l'Ouest-de-l'Île-de-Montréal
Maison de naissance Jeanne-Mance	Montréal / Centre intégré universitaire de santé et de services sociaux du Centre-Sud-de-l'Île-de-Montréal
Maison de naissance de l'Outaouais	Outaouais / Centre de santé et de services sociaux de Gatineau
Maison de naissance du Fjord-au-Lac du CSSS de Chicoutimi	Saguenay-Lac-Saint-Jean / Centre de santé et de services sociaux de Chicoutimi

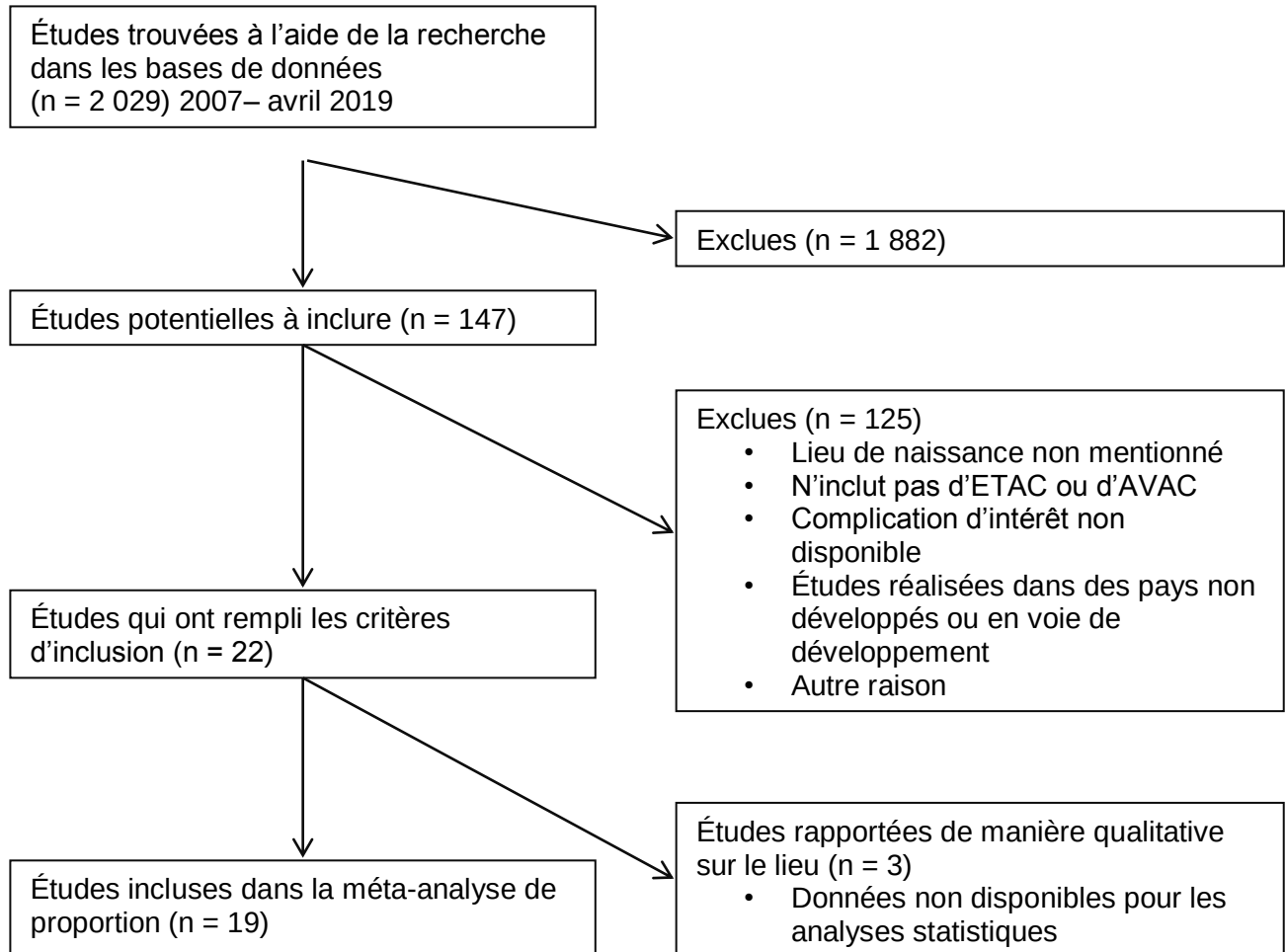
Liste des variables sélectionnées dans les fichiers I-CLSC pour la construction du portrait des accouchements

	Fichier périnatal (fichier 1)	Détail
1	Numéro de dossier de la mère	Pour jumelage des fichiers
2	Année financière (associée à la date d'inscription)	Pour jumelage des fichiers
3	Date d'inscription au suivi périnatal	Pour jumelage des fichiers
4	Année de naissance de la mère (ajout)	Variable d'analyse
5	Date d'accouchement	Pour validation / correction
6	Type d'accouchement	Pour validation / correction
7	Lieu de l'accouchement	Pour validation / correction
	Fichier postnatal (fichier 2)	Détails
	Numéro de dossier de la mère	Pour jumelage des fichiers
	Année financière (associée à la date d'inscription)	Pour jumelage des fichiers
	Date d'inscription au suivi périnatal	Pour jumelage des fichiers
	Année de naissance de la mère (ajout)	Variable d'analyse
8	Date d'accouchement	Variable d'analyse
9	Type d'accouchement	Variable d'analyse
10	Lieu d'accouchement	Variable d'analyse
11	Gravida	Variable d'analyse
12	Para	Variable d'analyse
13	Aborta	Variable d'analyse
14	Durée de gestation MÈRE (semaines/jours)	Variable d'analyse
15	Numéro de dossier du BÉBÉ	Variable d'analyse
16	Poids à la naissance	Variable d'analyse
	Fichier transferts (fichier 3)	Détails
	Numéro de dossier de la mère	Pour jumelage des fichiers
	Année financière (associée à la date d'inscription)	Pour jumelage des fichiers
	Date d'inscription au suivi périnatal	Pour jumelage des fichiers
17	Date de transfert	Pour validation
18	Type de transfert	Variable d'analyse

19	Raison du transfert	Variable d'analyse
20	Lieu d'origine du transfert	Variable d'analyse

ANNEXE L

Arbre de sélection des études pour le lieu



ANNEXE M

Critères de suivi et de transfert pour les suivis par des sages-femmes

Règlement sur les cas nécessitant une consultation d'un médecin ou un transfert de la responsabilité clinique à un médecin

Loi sur les sages-femmes (chapitre S-0.1, a. 5, 1^{er} al., par. 3)

Reproduites textuellement

Cas de consultation obligatoire	Cas de transfert obligatoire
Classification : antécédents	
1° maladie génétique, héréditaire, congénitale pouvant affecter la vie du bébé 2° avortements spontanés répétés jusqu'à la 16 ^e semaine sans accouchement à terme 3° conisation du col 4° myomectomie 5° plus d'un accouchement prématuré 6° plus d'un bébé de faible poids 7° mortalité périnatale pouvant présenter un risque potentiel	1° amputation du col 2° béance du col sans antécédents d'accouchement à terme 3° avortements spontanés répétés après la 16 ^e semaine sans accouchement à terme 4° hémorragie sous-arachnoïde 5° maladie thromboembolique 6° iso-immunisation
Classification : grossesse actuelle	
1° âgée de moins de 14 ans 2° thrombocytopénie 3° maladie de Crohn 4° colite ulcéreuse 5° prolapsus de la valve mitrale 6° risque lié à une pathologie pouvant influencer le cours de la grossesse actuelle, par exemple : endocrinienne, hépatique, neurologique, psychiatrique, cardiaque, pulmonaire, rénale 7° prise par la femme de médicaments, drogues ou alcool ayant des répercussions potentielles chez le fœtus et chez le nouveau-né 8° cancer actif 9° vomissements gravidiques sévères	1° travail débutant avant 34 semaines 2° toute présentation autre que vertex 3° grossesse multiple 4° mort in utéro 5° herpès génital actif 6° hypertension avec diastolique supérieure à 90 mm Hg sur plus de 2 heures 7° signes ou symptômes de pré-éclampsie ou éclampsie 8° perception d'un vaisseau au toucher vaginal 9° procidence du cordon 10° placenta prævia 11° souffrance fœtale 12° arrêt de la descente du fœtus à l'expulsion

10° suspicion de grossesse extra-utérine 11° malformation utérine 12° présence de fibrome 13° test de cytologie cervicale anormal 14° maladies transmises sexuellement : gonorrhée, syphilis, chlamydia 15° séroconversion en cours de grossesse pour l'herpès 16° contact infectieux chez une femme susceptible d'hépatite, de rougeole ou de varicelle 17° anémie : Hb moins de 100 g/litre ne répondant pas au traitement 18° menace de travail prématuré 19° saignement d'origine inconnue à plus de 20 semaines 20° polyhydramnios ou oligohydramnios 21° toute anomalie fœtale diagnostiquée 22° présentation autre que céphalique après 37 semaines 23° grossesse à 42 semaines	13° choc obstétrical 14° hémorragie qui ne répond pas au traitement 15° suspicion de rupture utérine 16° inversion utérine
Classification : le travail et l'accouchement	
1° rupture prolongée des membranes 2° arrêt de progression en travail actif 3° rétention placentaire 4° déchirure périnéale du 3° ou 4° degré 5° l'accouchement aura lieu entre 34 et 36 6/7 semaines 6° travail débute après 42 semaines 7° liquide amniotique méconial épais ou particulière 8° pertes sanguines inhabituelles au cours du travail 9° suspicion de décollement prématuré d'un placenta normalement inséré 10° suspicion de chorio-amnionite	1° travail débutant avant 34 semaines 2° toute présentation autre que vertex 3° grossesse multiple 4° mort in utéro 5° herpès génital actif 6° hypertension avec diastolique supérieure à 90 mm Hg sur plus de 2 heures 7° signes ou symptômes de pré-éclampsie ou éclampsie 8° perception d'un vaisseau au toucher vaginal 9° procidence du cordon 10° placenta prævia 11° souffrance fœtale 12° arrêt de la descente du fœtus à l'expulsion 13° choc obstétrical 14° hémorragie qui ne répond pas au traitement 15° suspicion de rupture utérine 16° inversion utérine

Classification : le postnatal mère	
1° sub-involution utérine ne répondant pas au traitement 2° saignements persistants qui ne répondent pas au traitement 3° suspicion de rétention placentaire partielle 4° hématome vulvaire entraînant des difficultés mictionnelles 5° infection de la plaie périnéale 6° prolapsus utérin 7° problème psychologique sévère 8° suspicion de pré-éclampsie	1° infection sévère 2° psychose puerpérale 3° phlébite et risques thromboemboliques 4° suspicion de rupture utérine 5° éclampsie 6° hypertension persistante
Classification : le nouveau-né	
1° pigmentation anormale 2° traumatisme obstétrical 3° fontanelles élargies selon les critères en vigueur 4° thyroïde palpable 5° une malformation majeure ou 2 malformations mineures et plus suspectées ou visibles à la naissance 6° suspicion de spina-bifida 7° pleurs ou cris anormaux 8° absence ou anomalie au niveau des réflexes primitifs après évaluation séquentielle 9° signes neurologiques anormaux 10° souffle cardiaque 11° hépatomégalie > 3 cm sous le rebord costal 12° rate palpable 13° artère ombilicale unique 14° masse inguinale 15° masse testiculaire à la naissance 16° testicules non descendus ou non palpables 17° âge gestationnel entre 36-36 6/7 semaines 18° examen clinique suggérant un âge gestationnel inférieur à 37 semaines 19° tachypnée persistante à plus de 60 respirations/minute	1° hypothermie (36 °C rectale ou 35,5 °C axillaire) persistant au-delà de 2 heures de vie ou hyperthermie (38,5 °C rectale ou 38 °C axillaire) persistant au-delà de 12 heures de vie 2° détresse respiratoire ou apnée 3° ictère dans les premières 24 heures 4° moins de 36 semaines d'âge gestationnel 5° Apgar inférieur à 7, à 5 minutes, inférieur à 9, à 10 minutes 6° cyanose centrale 7° nouveau-né ayant nécessité une intubation endotrachéale ou une assistance ventilatoire avec pression positive au-delà de la deuxième minute de vie 8° toute anomalie majeure nécessitant des soins immédiats 9° pâleur persistante au-delà d'une heure de vie 10° atrésie unie ou bilatérale des choanes 11° trémulations répétées ou convulsions 12° léthargie ou hypotonie 13° ecchymose ou pétéchies généralisées 14° syndrome de sevrage 15° distension abdominale avec intolérance à l'alimentation 16° hémorragie digestive haute ou basse

20° poids inférieur au 3 ^e percentile 21° non-reprise du poids de naissance après 14 jours de vie et non répondant au traitement 22° prise de poids lente ou insuffisante selon la courbe de croissance adaptée au sexe et à la race 23° croissance inappropriée inférieure au 3 ^e percentile ou supérieure au 97 ^e percentile selon la courbe du périmètre crânien 24° crâne asymétrique (absence de forme sphérique) après 3 jours 25° irritabilité, hypertonie si plus de 24 heures 26° anurie au-delà de 24 heures de vie 27° absence de passage de méconium après 24 heures de vie 28° résultats de laboratoire anormaux pouvant avoir des répercussions cliniques 29° ictère nécessitant photothérapie 30° persistance d'ictère après 14 jours de vie 31° infections suspectées chez le bébé ou chez la mère pouvant avoir une répercussion chez son bébé 32° érythème périombilical compatible avec un omphalite 33° éruption cutanée autre que l'érythème néonatal ou la dermatite des couches 34° écoulement oculaire purulent avec rougeur de la conjonctive 35° rythme cardiaque anormal ou irrégulier, inférieur à 100 battements/min ou supérieur à 200 battements/min 36° pouls fémoraux non palpables ou asymétriques 37° reflet rouge oculaire absent 38° masse abdominale 39° instabilité des hanches ou hanches luxables 40° fontanelle antérieure bombée	17° vomissements bilieux ou diarrhée
--	--------------------------------------

ANNEXE N

Pratiques sages-femmes selon le lieu de naissance et les AVAC au Canada

Reproduites textuellement dans la langue d'origine

Province % d'accouchements par des sages-femmes 2016-2017 ⁸	Réglementation et AVAC*	AVAC et choix du lieu			Directives pour l'AVAC	Facteurs à considérer pour l'AVAC hors CH
		Domicile	MDN	CH		
Colombie-Britannique Pas de maison de naissance Sages-femmes : 22 % des accouchements dont 20 % à la maison. College of Midwives of British Columbia (CMBC). Policy statement on vaginal birth after cesarean section (VBAC) (2013). Disponible à : https://www.cmbc.bc.ca/wp-content/uploads/2015/12/17.05-VBAC-Guideline.pdf (consulté le 28 mai 2019).	Oui Discussion avec une autre sage-femme : une césarienne basse. Consultation médicale : myomectomie, hystérotomie, si césarienne autre que basse ou antécédent de plus d'une césarienne antérieure.				Many women with a history of previous cesarean section with no contraindications to VBAC will be comfortable having a subsequent vaginal birth in hospital with midwifery care. Hospital birth in a facility with cesarean section capability will likely offer the most timely access to emergency cesarean section in the event of uterine rupture. However, some VBAC women will come to midwives requesting home birth. Clients with the following conditions may be candidates for vaginal birth in hospital, but should be advised that they are NOT suitable candidates for a home birth: -History of cesarean section at or before 26 weeks - History of single layer closure - History of infection or impaired uterine scar healing - Inter-delivery interval of 18-24 months or less - Ballotable head in active labour in current pregnancy - Prolonged active phase of labour in current pregnancy	Time and Distance – An additional risk : Being able to access a cesarean section quickly is very important. There is evidence that suggests that if birth cannot occur between 10 to 37 minutes after a true uterine rupture then fetal death or serious permanent injury is a likely outcome. When planning a VBAC out-of-hospital, the time it will take to travel to a hospital with cesarean section capabilities must be considered in the light of this small window of time in which one must initiate a cesarean when there is a uterine rupture. Distance to a hospital with cesarean section capability and road and weather conditions are all factors that need to be considered by any woman thinking about planning a VBAC either in an out-of-hospital setting or in a hospital without cesarean section capabilities. Midwives should discuss these additional risks with their clients and advise them about their local hospital's ability to respond to emergency situations.
Alberta Quelques maisons de naissance dans les grandes villes.	Oui Consultation médicale : antécédent d'opération ou de blessure à l'utérus ou au vagin (ex. : chirurgies ou trauma vulvaire, césarienne classique antérieure, etc.).				Midwives provide care to women electing to have a vaginal birth after caesarean (VBAC) in whatever birth site they choose.	Antenatal informed decision discussions include: - Benefits and risks of vaginal birth after caesarean, - Benefits and risks of place of birth,

⁸ Association canadienne des sages-femmes (CAM-ACSF). Les naissances menées par sage-femme [site Web]. Disponible à : <https://canadianmidwives.org/fr/2018/08/08/naissances-assistees-par-sage-femme/> (consulté le 28 mai 2019).

Province % d'accouchements par des sages-femmes 2016-2017 ⁸	Réglementation et AVAC*	AVAC et choix du lieu			Directives pour l'AVAC	Facteurs à considérer pour l'AVAC hors CH
		Domicile	MDN	CH		
Sages-femmes : 5,5 % des accouchements dont 40 % se font hors hôpital. College of Midwives of Alberta. Standards and Policies; S1 Statement on VBAC (2014) [site Web]. Disponible à : https://www.albertamidwives.org/site/about/college_polices_guidelines?nav=sidebar (consulté le 28 mai 2019).						- Clients responsibility to prepare for an out of hospital birth, - Signs and symptoms of complications in pregnancy and labour that increase risk to mother or baby, - Distance to hospital, - Reasons to consult an obstetrician, - Reasons to transfer care to an obstetrician, - Management of emergencies in and out of hospital.
Saskatchewan Une maison de naissance dans la province. Sages-femmes : 2,9 % des accouchements. Saskatchewan College of Midwives. SCM Policies – Professional Practice Policies; Vaginal Birth After One Previous Low Segment Cesarean Section ET Planned Out of Hospital Birth (2016) [site Web]. Disponible à : http://www.saskmidwives.ca/Policies (consulté le 28 mai 2019).	Oui Consultation médicale: chirurgies vulvaires, utérines, plus d'une césarienne antérieure ou césarienne autre que transversale basse. <i>Les femmes avec une césarienne antérieure doivent être évaluées attentivement, et peuvent être conseillées d'accoucher à l'hôpital.</i>				If trial of labour after caesarean section is to be done at a location that is not a hospital where there is caesarean section capability, despite the increase of risk, it should be done with the least likelihood of scar disruption and the greatest likelihood of achieving vaginal birth. This requires careful selection and advice while respecting the client's preference. Many women with a history of previous cesarean section with no contraindications to VBAC will be comfortable having a subsequent vaginal birth in hospital with midwifery care. Hospital birth in a facility with cesarean section capability will certainly offer the most timely access to emergency caesarean section in the event of uterine rupture. However, some VBAC women will come to midwives requesting home birth. Clients with the following conditions may be candidates for vaginal birth in hospital, but should be advised that they are NOT suitable candidates for an out-of-hospital birth: -History of cesarean section at or before 26 weeks	Time and Distance – An additional risk: Being able to access a cesarean section quickly is very important. There is evidence that suggests that if birth cannot occur between 10 to 37 minutes after a true uterine rupture then fetal death or serious permanent injury is a likely outcome. When planning a VBAC out-of-hospital, the time it will take to travel to a hospital with cesarean section capabilities must be considered in the light of this small window of time in which one must initiate a cesarean when there is a uterine rupture. Distance to a hospital with cesarean section capability and road and weather conditions are all factors that need to be considered by any woman thinking about planning a VBAC either in an out-of-hospital setting or in a hospital without cesarean section capabilities. Midwives should discuss these additional risks with their clients and advise them about their local hospital's ability to respond to emergency situations. Antenatal client informed choice discussions and teaching should

Province % d'accouchements par des sages-femmes 2016-2017 ⁸	Réglementation et AVAC*	AVAC et choix du lieu			Directives pour l'AVAC	Facteurs à considérer pour l'AVAC hors CH
		Domicile	MDN	CH		
					- History of single layer closure - History of infection or impaired uterine scar healing - Inter-delivery interval of 18-24 months or less - Ballotable head in active labour in current pregnancy - Prolonged active phase of labour in current pregnancy - A woman whose indication for a prior caesarean section was failure of descent in the second stage of birth. - Women who have not ever had a vaginal delivery - Where midwife does not have access to operative reports of the previous caesarean section and obstetrical history.	include: a) concerns related to previous cesarean section; b) possibility of repeat cesarean section; c) signs and symptoms of uterine rupture; d) reasons to consult or transport to hospital during labour; e) distance to a hospital with cesarean section capabilities; f) community standards for vaginal birth after cesarean section.
Manitoba Sages-femmes : 6,4 % des accouchements dont moins de 20 % hors hôpital. College of Midwives of Manitoba. Midwifery in Manitoba – Guidelines; Guideline for Vaginal Birth after one Previous Low Segment Caesarean Section (2017) [site Web]. Disponible à : https://www.midwives.mb.ca/site/midwifery/midwifery_in_manitoba/guidelines?nav=sidebar (consulté le 28 mai 2019).	Oui Discussion avec autre sage-femme ou médecin : une césarienne antérieure basse. Consultation médicale si plus d'une césarienne basse, type de cicatrice inconnue et extension de l'incision, chirurgies vésicales, vulvaires, utérines.				CONTRAINDICATIONS TO TOLAC -Previous classical high vertical caesarean section -Prior T- or J-shaped incision - Prior low vertical incision - Previous hysterotomy or fundal reconstructive surgery - Any complication of current pregnancy which requires urgent induction in the presence of an unfavorable cervix - Any contraindication to vaginal birth e.g. Transverse lie, placenta previa, vasa previa, absolute cephalo-pelvic disproportion - Previous uterine rupture - Maternal request for a ERCS	Factors to consider for out of hospital TOLAC: - Research on outcomes for TOLAC is almost exclusively based on planned hospital births. - Distance to hospital providing emergency obstetrical care. There is some evidence that birth within 30 minutes from 'decision to incision' is associated with good long term outcomes. - Road and weather conditions may delay transport of mother or infant thereby prolonging the time for accessing medical treatment. - Continuous fetal monitoring not available in out of hospital settings. - Once in active labour, notifying appropriate hospital staff of the client's plan for an out of hospital birth could potentially make a transfer go more smoothly and therefore increase safety and outcome in the event that an emergency transport to hospital is required. The discussion regarding TOLAC should include the following:

Province % d'accouchements par des sages-femmes 2016-2017 ⁸	Réglementation et AVAC*	AVAC et choix du lieu			Directives pour l'AVAC	Facteurs à considérer pour l'AVAC hors CH
		Domicile	MDN	CH		
						-Potential delay of surgical intervention which may have significant negative impact on the outcomes for the client and/or the baby, including death - That out of hospital birth for TOLAC is generally not supported in the local medical community, and may not be supported by the client's social/family network
Ontario Trois maisons de naissance dans la province. Sages-femmes : 16 % des accouchements dont 20 % se font hors hôpital. Association of Ontario Midwives. Vaginal birth after previous low-segment caesarean section. Clinical Practice Guideline 14 (2011). Disponible à : https://www.ontariomidwives.ca/sites/default/files/CPG%20full%20guidelines/CPG-Vaginal-birth-after-caesarean-section-PUB.pdf (consulté le 28 mai 2019).	Oui Discussion avec une autre sage-femme ou un médecin : une césarienne antérieure. Consultation anténatale avec un médecin : plus de deux césariennes, myomectomie, hystérotomie. Consultation médicale durant le travail : dystocie – travail prolongé. Transfert à un médecin s'il y a besoin d'induction, d'épidurale, d'AVAC en milieu hospitalier selon les protocoles en place (50 % des CH).				Midwives have a responsibility to ensure that evidence-based VBAC protocols exist in hospitals. By advocating for clients planning VBAC, midwives can help keep clients from feeling as if the only option for avoiding unnecessary intervention is out-of-hospital birth. Midwives should familiarize themselves with any existing hospital procedures for clients who choose not to follow hospital protocols. For instance, many hospitals have a 'refusal of treatment' form that may be signed in the event that a client declines intervention. Such documents may be helpful in preventing or alleviating friction or conflict with other health care professionals. In the event that ongoing conflict regarding a client's choice is not resolved by discussion among the parties involved, midwives may consider requesting a consultation with the hospital ethics service, if available. RECOMMENDATIONS : - An informed choice discussion regarding the risks and benefits of VBAC and choice of birth place should be comprehensive and well-documented. Documentation of this discussion should include: an outline of risks and benefits discussed, the client's values and preferences, and any recommendations made by the	Risks and benefits of choice of birthplace for women planning VBAC should be thoroughly reviewed during informed choice discussions. Midwives should consider including the following points as part of the informed choice discussion relating to choice of birthplace for women planning VBAC : - Women should understand that access to surgery differs by hospital level in Ontario.(...) - For clients choosing a level I hospital or out hospital birth, it is important to clearly review the small but significant risk of uterine rupture and implications of potential increased delays in accessing hospital resources. Any delay in surgical intervention may have a serious impact on the outcome for both the woman and her baby, either short or long term. - Out-of-hospital settings increase the time required to access emergency care, and this time span can be additionally affected by distance from hospital, response times of emergency services and weather conditions. (...) - Planned home birth may reduce the chance of a repeat CS and its attendant risks. - Anxiety can inhibit the progress of labour; one of the benefits of supporting women to give birth in the

Province % d'accouchements par des sages-femmes 2016-2017 ⁸	Réglementation et AVAC*	AVAC et choix du lieu			Directives pour l'AVAC	Facteurs à considérer pour l'AVAC hors CH
		Domicile	MDN	CH		
					midwife, if applicable. III-C - Clients should be informed that there is little published evidence on outcomes, including safety of VBAC, in the out-of-hospital setting. While the quality of these studies varies, they do not demonstrate increased risk. III-C - For clients planning VBAC, describe the VBAC policies in place at the hospital(s) where the attending midwives have hospital privileges. The client's informed choices to accept or decline recommended interventions in hospital should be respected. III-C	location of their choice is a reduction of the anxiety that can stem from previous birth experiences and place of birth.
Québec Sages-femmes : 4,2 % des accouchements dont 77 % se font hors hôpital. Ordre des sages-femmes du Québec (OSFQ). Ligne directrice sur l'accouchement vaginal après césarienne (2011). Disponible à : http://www.osfq.org/wp-content/uploads/2012/04/presse_AVAC.pdf (consulté le 28 mai 2019).	Non Comme dans tout suivi, une discussion ou une consultation auprès d'une collègue sage-femme ou d'une équipe de pratique peut être envisagée au besoin.				« La sage-femme qui effectue le suivi d'une femme désirant un AVAC doit : - Faire un examen approfondi du dossier de l'accouchement précédent, incluant l'analyse du protocole opératoire. Il est à noter qu'une incision de césarienne inconnue ne semble pas être un facteur de risque supplémentaire de rupture utérine. Prendre le temps d'informer la femme enceinte sur les enjeux entourant un l'AVAC (y compris le choix du lieu de naissance) et d'échanger avec elle sur ses valeurs et sur ses besoins. - Informer la femme des deux possibilités d'évaluation du bien-être fœtal électronique continu. Discuter avec elle des avantages et des inconvénients liés à ces deux pratiques dans le cadre de l'AVAC, afin de lui permettre une prise de décision informée sur le sujet. - Se maintenir à jour sur l'état des connaissances entourant l'AVAC de même que la césarienne. - Utiliser le document : Outil d'aide à la décision partagée fournie en annexe I. - Documenter soigneusement les discussions et les démarches faites avec la femme enceinte et tout autre	L'enjeu principal de l'AVAC hors centre hospitalier demeure celui des délais associés à une intervention d'urgence en cas de rupture utérine. Les conséquences d'une telle situation peuvent être dramatiques. La sage-femme doit s'assurer que la femme enceinte est bien informée de cet enjeu et le comprend bien. « Un des éléments de la discussion avec la femme concernant l'AVAC est l'enjeu entourant les délais de transfert. Les lignes directrices d'associations médicales reconnues considèrent qu'un délai de <u>30 minutes ou moins</u> entre la décision du transfert et de l'intervention obstétricale est optimal pour minimiser la mortalité pour la mère et pour l'enfant à naître^{20,86,87}. Il faut mentionner que ces recommandations sont de classe III-C, c'est-à-dire qu'elles sont basées sur des opinions consensuelles d'experts plutôt que sur les données probantes. À ce sujet, Thomas <i>et al.</i> (2004) se sont intéressés au délai entre la décision de la nécessité d'une césarienne et la naissance du bébé pour déterminer quel était le délai optimal significatif

Province % d'accouchements par des sages-femmes 2016-2017 ⁸	Réglementation et AVAC*	AVAC et choix du lieu			Directives pour l'AVAC	Facteurs à considérer pour l'AVAC hors CH
		Domicile	MDN	CH		
					professionnel. » Contre-indication à l'AVAC: -Cicatrice utérine classique ou en « T » inversé (hystérotomie corporéale) - Antécédent de rupture utérine - Le fait d'avoir subi une myomectomie ou une hystérotomie avec intromission dans la cavité utérine. Notons que le RCOG considère que les données sur le sujet sont insuffisantes et contradictoires. - Présence d'une contre-indication au travail : - Placenta prævia - Présentation transverse	entre les intervalles de temps suivants : 0-15, 16-30, 31-45, 46-60, 61-75 et plus de 75 minutes. Les autres concluent qu'un délai de plus de 75 minutes est associé à de moins bonnes issues maternelles et néonatales qu'un délai plus court, mais qu'il n'y a pas de différences statistiquement significatives entre 15 et 75 minutes⁸⁸. De même, Windrim (2005) questionne la validité et la faisabilité du délai de 30 minutes stipulé par la SOGC, dans sa critique de l'étude de Lierberman <i>et al.</i> (2004)⁹⁸. » « Ces informations illustrent l'incertitude et la variabilité des données sur le sujet. <u>L'OSFQ s'attend à ce que cet élément soit considéré avec soin dans tout échange avec la femme enceinte au sujet de l'AVAC.</u> »*
Nouveau-Brunswick Il n'y a pas de maison de naissance au Nouveau-Brunswick. Sages-femmes : 0 % d'accouchements en 2017 (régulation depuis 2016). Midwifery Council of New Brunswick – Conseil de l'Ordre des Sages-Femmes du Nouveau-Brunswick. Position Statement: Home Birth / Accouchements planifiés à domicile avec sages-femmes inscrites ET Consultation, Shared Primary	Oui Consultation médicale : chirurgie utérine antérieure, autre qu'une césarienne du segment inférieur documentée.				Midwives can advise all clients at low risk of complications that giving birth is generally very safe for them and their baby. All clients at low risk of complications can choose any birth setting available in their community (e.g., home, birth centre, hospital, midwifery clinic and remote health centre). <i>Le Midwifery Council of New Brunswick mentionne qu'il utilise les critères du RCOG-RCM (Royal college of obstetricians and gynaecologists et Royal college of midwives) en ce qui concerne les facteurs considérés comme "low risk". Dans le document du NICE 2019, on rapporte : "Other factors indicating increased risk suggesting planned birth at an obstetric unit", parmi lesquels se</i>	Midwives will facilitate informed choice discussions ensuring that clients understand: • the reasons/conditions that may necessitate consultation with and/or transfer of care to another health care professional, • the reason/conditions that may necessitate transport to hospital, • the standard procedures and emergency measures that may be used by a midwife assisting with birth in either the home or hospital setting, • the standard procedures and emergency measures available in the hospital that will not be available at a home birth, without transport to hospital and, • the unpredictable nature of birth in either the home or hospital setting. Midwifery Council of New Brunswick

Province % d'accouchements par des sages-femmes 2016-2017 ⁸	Réglementation et AVAC*	AVAC et choix du lieu			Directives pour l'AVAC	Facteurs à considérer pour l'AVAC hors CH
		Domicile	MDN	CH		
Care, and Transfer of Care Midwifery Practice Guidelines / Lignes directrices sur la consultation, le partage des soins primaires et le transfert des soins dans l'exercice de la profession de sage-femme (2017) [site Web]. Disponible à : https://www.midwiferycnb.ca/home (consulté le 28 mai 2019).					<i>trouve previous complication: caesarean section. »</i> https://www.nice.org.uk/guidance/cg190/resources/intrapartum-care-for-healthy-women-and-babies-pdf-35109866447557	Expectations for Home Birth (<i>Pas seulement AVAC, tous les accouchements à domicile</i>) • (...). • Consideration is given to the length of time required to travel to hospital under current local road and weather conditions in the community.
Île-du-Prince-Édouard Sages-femmes : 0 %. Pas de sages-femmes. MacDonald M. Midwifery services could become part of P.E.I.'s health care this summer. The Guardian, 1 ^{er} mai 2018 [site Web]. Disponible à : https://www.theguardian.pe.ca/news/local/midwifery-services-could-become-part-of-peis-health-care-this-summer-206688/ (consulté le 28 mai 2019).	"While midwives are not illegal in P.E.I., they're not officially recognized as health-care professionals. They can provide services prior to and after birth but cannot deliver babies."					
Nouvelle-Écosse Pas de maison de naissance. Sages-femmes : 2,9 % des accouchements. Midwifery Regulatory Council of Nova Scotia. Policies and Standards – Policy on out-of- hospital birth (2013) [site Web]. Disponible à: http://mrcns.ca/index.php/policies-and-standards/ (consulté le 28 mai 2019).	Oui Consultation anténatale avec un médecin : -Antécédent de césarienne basse compliquée -Antécédent de toute césarienne autre que basse -Chirurgie ou trauma vésical, vaginal, utérin Consultation encouragée selon la clinique pour tout accouchement à domicile (approche multidisciplinaire)					Contraindications to planned out-of- hospital birth include but are not limited to: - Previous cesarean section or hysterotomy ... Other considerations that might impact the choice of birthplace include psychosocial and cultural factors, suitability of home environment, family supports, distance from the hospital, time required for emergency transport and inclement weather and road conditions.

Province % d'accouchements par des sages-femmes 2016-2017 ⁸	Réglementation et AVAC*	AVAC et choix du lieu			Directives pour l'AVAC	Facteurs à considérer pour l'AVAC hors CH
		Domicile	MDN	CH		
Terre-Neuve-et-Labrador Pas de maison de naissance. Sages-femmes : 0 % d'accouchements en 2017 (régulation depuis 2016). College of Midwives of Newfoundland and Labrador. Standards of Practice – Consultation, Shared Primary Care and Transfer of Care Midwifery Practice Guidelines (2016) [site Web]. Disponible à : http://www.cmnl.ca/page/standards-of-practice.html (consulté le 28 mai 2019).	Non Consultation médicale : Previous uterine surgery other than one documented low-segment C section.				--	--

† Ces femmes peuvent être admissibles à un AVAC à l'hôpital; CI : contre-indiqué ou contre-indication; MDN : maison de naissance; CH : centre hospitalier;

* Les études citées ne concernent pas l'AVAC, seulement tous les accouchements normaux.



AVAC pratiqué dans ce lieu



AVAC recommandé dans ce lieu



AVAC non recommandé, mais peut avoir lieu dans certaines circonstances où ce n'est pas contre-indiqué.



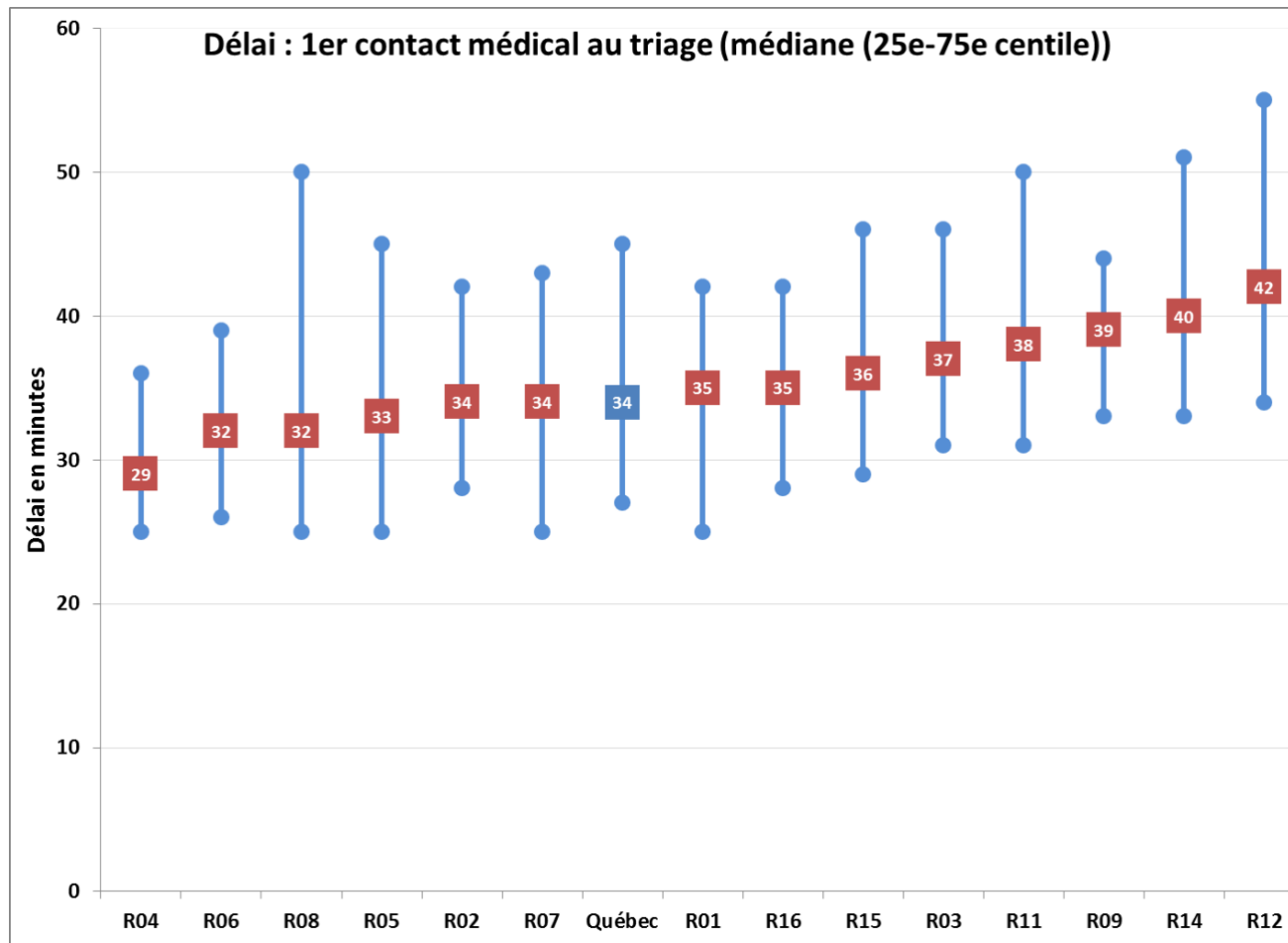
AVAC possible, mais peu fréquent ou peu d'indications sur ce lieu.



Contre-indiqué.

ANNEXE O

Délais de transfert en ambulance du chevet du patient jusqu'au centre hospitalier



Institut national d'excellence en santé et en services sociaux (INESSS). Portrait de la prise en charge de l'infarctus aigu du myocarde avec élévation du segment ST au Québec en 2013-2014 : résultats d'une troisième évaluation terrain à l'échelle provinciale. Québec, Qc : INESSS; 2016. (Données non publiées).

Liste des régions administratives

Nom	Code
Bas-Saint-Laurent	01
Saguenay–Lac-Saint-Jean	02
Capitale-Nationale	03
Mauricie	04
Estrie	05
Montréal	06
Outaouais	07
Abitibi-Témiscamingue	08
Côte-Nord	09
Nord-du-Québec	10
Gaspésie–Îles-de-la-Madeleine	11
Chaudière-Appalaches	12
Laval	13
Lanaudière	14
Laurentides	15
Montérégie	16
Centre-du-Québec	17

ANNEXE P

Facteurs pronostiques recensés dans les lignes directrices

	SOGC 2018	ACOG 2017	RANZCOG 2015	RCOG 2015	CNGOF 2012	AOM 2011	OSFQ 2011
Facteurs possiblement associés au risque de l'AVAC, sans être une contre-indication, lorsqu'ils sont pris individuellement							
Antécédent de CS pour non-progression du travail ou non-descente de la présentation fœtale					√		
Antécédent de plus d'une césarienne			√				
Antécédent de mortinaissance				√			
Âge gestationnel de 40 semaines et plus (s +)	√	√	√ (41 s+)	√	√ (41 s+)	√	√
Âge gestationnel préterme				√	√		
Âge maternel de 40 ans et plus			√	√	√	√(35 ans+)	
Césarienne antérieure par incision verticale basse (documentée)		√			√		
Césarienne antérieure avec incision de type inconnu	√	√			√		
Conditions maternelle, fœtale et placentaire coexistantes			√				
Diabète (indépendant de la macrosomie qu'il induit)	√				√		
Distance ou conditions augmentant les délais de transfert							√
Dystocie du travail pendant l'ETAC actuelle			√				√
Fièvre dans la période postpartum de la césarienne antérieure	√						√
Grossesse multiple (jumeaux)	√	√	√	√	√	√	
Déclenchement ou augmentation du travail	√	√	√	√	√	√	√
Intervalle intergrossesse de 18 à 24 mois	√		√	√	√	√(24 mois)	√
Macrosomie (poids à la naissance estimé ou réel supérieur à 4 ou 4,5 kg)	√	√	√	√	√ (4 kg)	√	√
Mesure du segment utérin inférieur réduit				√	√	√	√
Obésité (IMC de 30 kg/m ² et plus)	√	√	√	√	√	√(25 kg/m ²)	√
Petite taille			√	√			
Présence d'une chirurgie antérieure au niveau de l'utérus (myomectomie, hystérectomie)*					√		
Présentation fœtale du siège†					√		
Score Bishop prétravail bas				√	√		
Type de fermeture de l'utérus en un plan ou inconnu	√		√		√	√	√

Facteurs associés à la réussite d'AVAC							
Arrivée en travail spontané		√	√	√			
AVAC antérieur ou accouchement vaginal antérieur			√	√	√	√	√
Bonne progression du travail		√					
Col favorable à l'entrée en travail				√	√		√
Épisode de travail avant la césarienne antérieure							√
Épidurale		√	√		√		
Grande multiparité					√		
Maturation du col par dilatation mécanique ou cathéter transcervical si col non favorable	√	√		√	√		

* pour la majorité des autres guides de pratique, ce critère est une contre-indication.

† Indication à la césarienne dans certains guides de pratique

ACOG : American College of Obstetricians and Gynecologists; AOM : Association of Ontario Midwives; AVAC : accouchement vaginal après césarienne; CNGOF : Collège national des gynécologues et obstétriciens français; CS : césarienne; ETAC : épreuve de travail après césarienne; IMC : indice de masse corporelle; OSFQ : Ordre des sages-femmes du Québec; RANZCOG : Royal Australian and New Zealand College of Obstetricians and Gynaecologists; RCOG : Royal College of Obstetricians and Gynecologists; SOGC : Société des obstétriciens et gynécologues du Canada.

ANNEXE Q

Modèles de prédiction validés d'un AVAC complété : variables et validation

	Troyer et al., 1992	Flamm et Geiger, 1997	Grobman et al., 2007 (prénatal)	Grobman et al., 2009 (à l'admission)	Hashima et Guise, 2007	Metz et al., 2013a	Schoorel et al., 2014
Nombre de variables	4	5	6	6-12	3	5	6
Âge maternel		√	√	(√)		√	
IMC avant la grossesse			√	(√)			√
Groupe ethnique			√	(√)			√
Antécédent d'accouchement vaginal	√	√	√	(√)		√	√
Antécédent d'AVAC			√	(√)			
Césarienne antérieure à cause d'un arrêt de dilatation/progression	√	√	√	(√)			√
Non-récurrence de la cause de césarienne antérieure					√	√	
Âge gestationnel à l'admission				√			
Effacement du col à l'admission		√		√			
Dilatation cervicale		√		√			
Engagement de la tête fœtale				√			
Pré-éclampsie				√			
Déclenchement du travail	√			√			√
Score de Bishop à l'admission						√	
Cœur fœtal à l'admission non rassurant	√						
Macrosomie fœtale					√		√
Anémie maternelle					√		
Score maximal	4	14	100 %	100 %	3	24	93 %
Validation	Externe	Externe	Externe	Externe	Interne	Interne/ externe	Interne

Source : Warren et Hamilton, 2015.

ANNEXE R

Liste des études incluses dans les lignes directrices sur le déclenchement du travail

Études	ACOG 2017	RANZCOG 2015	RCOG 2015	AAFP 2014	CNGOF 2012	AOM 2011	SOGC 2018
Déclenchement du travail en général et avec ocytocine							
Lappen 2015	√						
Palatnik 2015	√						
Dodd 2014			√				
Dodd 2013			√				
Barger 2011				√			
Cunningham 2010				√			
Dekker 2010		√		√			
Guise 2010				√			
Lydon-Rochelle 2010						√	
Weimar 2010				√			
Cahill 2008	√		√				
Cahill 2007			√			√	
Grobman 2007	√					√	
Landon 2005	√	√					
Macones 2005	√	√					
Bujold 2004	√						
Grinstead 2004	√						
Landon 2004						√	
Landon 2004	√	√					
Smith 2004							
Delaney 2003	√	√					√
Lydon-Rochelle 2001	√					√	√
Sims 2001	√	√					
Appleton 2000							√
Ravasia 2000	√	√				√	√
Sanchez-Ramos 2000							√
Zelop 1999	√					√	√
Flamm 1997							√
Stone 1994							√
Flamm 1987	√	√				√	
Stovall 1987						√	
Horenstein 1985	√	√					
Paul 1985						√	
Mackenzie 1984							√
Méthodes de déclenchement du travail							
Haas 2014			√				
Jozwiak 2014			√				
Jozwiak 2013		√	√				
Schmitz 2013			√				
Harper 2012				√			
Guise 2010				√		√	
Grobman 2007						√	
Macones 2005						√	

Études	ACOG 2017	RANZCOG 2015	RCOG 2015	AAFP 2014	CNGOF 2012	AOM 2011	SOGC 2018
Bujold 2004		√				√	
Hoffman 2004		√					
Landon 2004		√	√			√	
Smith 2004			√				
Ben-Aroya 2002						√	
Choy-Hee 2001							√
Lydon-Rochelle 2001		√					
Hill 2000							√
Katz 2000							√
Ravasia 2000		√					
Blanchette 1999							√
Cunha 1999							√
Plaut 1999							√
Sciscione 1998							√
Wing 1998							√

ANNEXE S

Liste des études incluses dans les revues systématiques sur le déclenchement du travail

	West 2017	Lamourediedieu 2016		Kehl 2016		Rossi 2015	Catling- Paull 2011	Guise 2010			
	TOUS	SONDE		SONDE		TOUS	TOUS	TOUS	PE2	OCYTOCINE	MMM*
		SIMPLE	DOUBLE	SIMPLE	DOUBLE						
Manish 2016	√										
Cheuk 2015					√						
Lamourediedieu 2015				√							
Lokkegaard 2015	√	√									
Meetei 2015	√										
Sharma 2015 (2017)†	√										
Souza 2015				√							
Hassan 2014	√										
Jozwiak 2014		√		√							
Rezk 2014	√										
Sananes 2014		√		√							
Sarreau 2014		√		√							
Ebeid 2013					√						
Ferradas 2013					√						
Rossard 2013			√		√						
Shatz 2013						√					
Ziyouddin 2013		√		√							
Agnew 2009								√	√		
Pettker 2008		√									
Alsayegh 2007						√					
Grobman 2007								√	√	√	
Umeadi 2007						√		√	√		
Hollard 2006										√	

	West 2017	Lamourediedieu 2016		Kehl 2016		Rossi 2015	Catling- Paull 2011	Guise 2010			
	TOUS	SONDE		SONDE		TOUS	TOUS	TOUS	PE2	OCYTOCINE	MMM*
		SIMPLE	DOUBLE	SIMPLE	DOUBLE						
Locatelli 2006									√	√	
Ardiet 2005									√		
Kayani 2005								√	√	√	
Miller 2005			√		√						
Pathadey 2005							√	√	√		
Bujold 2004		√		√			√	√			√ (3)
Chilaka 2004								√	√		
Hammoud 2004								√			
Hoffman 2004				√			√				
Lelaidier 2004											
Lin 2004						√					
Locatelli 2004						√		√			
Yogev 2004						√	√	√	√		
Delaney 2003						√	√				
Ben-Aroya 2002		√		√				√	√		√ (3)
Smith 2002											
Taylor 2002									√		
Choy-Lee 2001											√ (1)
Goetzl 2001								√		√	
Khotaba 2001			√		√						√ (3)
Lydon-Rochelle 2001									√	√	
Sims 2001							√				
Zelop 2001											
Katz 2000											√ (1)
Ravasia 2000		√		√		√			√	√	√ (3)
Blanchette 1999											
Rageth 1999							√	√			
Rayburn 1999							√	√	√		

	West 2017	Lamourediedieu 2016		Kehl 2016		Rossi 2015	Catling- Paull 2011	Guisse 2010			
	TOUS	SONDE		SONDE		TOUS	TOUS	TOUS	PE2	OCYTOCINE	MMM*
		SIMPLE	DOUBLE	SIMPLE	DOUBLE						
Sciscione 1999		√									
Zelop 1999								√	√	√	
Wing 1998	√										
Flamm 1997							√		√		
Grubb 1996							√				
Stronge 1996							√				
Segal 1995											√ (3)
Cowan 1994											
Del Valle 1994								√	√		
Lelaidier 1994							√				√ (2)
Lai 1993							√				
Raynor 1993											
Taylor 1993	√						√				
Blanco 1992							√	√	√		
Norman 1992								√	√		
Flamm 1990							√				
Sakala 1990								√		√	
Goldberger 1989								√	√		
Meeham 1989								√	√	√	
Gibson 1988								√		√	
Flamm 1987							√	√		√	
Lao 1987											
Stovall 1987											
Sylver 1987								√		√	
Van Gelderen 1986								√		√	
Paul 1985										√	
Horenstein 1985								√		√	
Horenstein 1984							√	√		√	

	West 2017	Lamourededieu 2016		Kehl 2016		Rossi 2015	Catling- Paull 2011	Guise 2010			
	TOUS	SONDE		SONDE		TOUS	TOUS	TOUS	PE2	OCYTOCINE	MMM*
		SIMPLE	DOUBLE	SIMPLE	DOUBLE						
TOTAL	8	10	3	10	6	8	18	27	16	13	8

* MMM : (1) misoprostol, (2) mifepristone, (3) méthodes mécaniques; † Abstract publié en 2015, article complet 2017.

ANNEXE T

Comparaison avec les données fournies par les maisons de naissance, 2016-2017

Données provenant de I-CLSC et des registres locaux des maisons de naissance

Région	Nombre d'accouchements	
	I-CLSC	Registres locaux des maisons de naissance
01 - BAS-SAINT-LAURENT	14	102
02 – SAGUENAY–LAC-SAINT-JEAN	188	N/D
03 - QUÉBEC	327	340‡
04 – MAURICIE-ET-CENTRE-DU-QUÉBEC	85	280
05 – ESTRIE*	294	253
06 - MONTRÉAL		
<i>Ouest-de-l'Île-de-Montréal</i>	120	221
<i>Centre-Ouest-de-l'Île-de-Montréal</i>	148	327
<i>Centre-Sud-de-l'Île-de-Montréal</i>	218	N/D
07 – OUTAOUAIS†	318	N/D
12 - CHAUDIÈRE-APPALACHES	272	172
14 - LANAUDIÈRE	170	160
15 - LAURENTIDES	243	220
16 – MONTÉRÉGIE-CENTRE†	225	N/D

N/D : non déterminé; * La maison de naissance de l'Estrie précise que 82 cas de transfert ne sont pas répertoriés ici parce que le lieu d'origine et le mode d'accouchement ne sont pas connus; † Les maisons de naissance de l'Outaouais et de la Montérégie-Centre ne possèdent pas de registre local; ‡ Parmi les accouchements vaginaux rapportés, 69 ont eu lieu à l'hôpital dont un nombre non précisé de césariennes; § Il y a un manque de concordance entre le nombre total d'AVAC complétés et le nombre d'AVAC indiqué pour les différents lieux de naissance.

ANNEXE U

Portrait régional des accouchements, 2016-2017

Portrait régional des différents types d'accouchements selon le type de suivi

Région	Médecin*				Sage-femme†			
	Vaginal n	AVAC n	Césarienne n	Total	Vaginal n	AVAC n	Césarienne‡ n	Total
01 – BAS-SAINT-LAURENT	1 174	24	416	1 614	14	0	2	16
02 – SAGUENAY-LAC-SAINT-JEAN	1 855	74	615	2 544	183	5	30	218
03 – CAPITALE-NATIONALE/CHU QUÉBEC	5 339	183	2351	7 873	307	20	52	379
04 – MAURICIE-ET-CENTRE-DU-QUÉBEC	3 583	103	896	4 582	79	6	4	89
05 – ESTRIE	3 305	121	1 021	4 447	282	12	34	328
06 – MONTRÉAL OUEST-DE-L'ÎLE-DE-MONTRÉAL	6 413	247	2 269	8 929	114	6	4	124
06 – MONTRÉAL CENTRE-OUEST-DE-L'ÎLE-DE-MONTRÉAL	2 602	105	1 178	3 885	139	9	20	168
06 – MONTRÉAL CENTRE-SUD-DE-L'ÎLE-DE-MONTRÉAL / CHUM	1 862	109	678	2 649	210	8	32	250
06 – MONTRÉAL NORD-DE-L'ÎLE-DE-MONTRÉAL	1 586	48	506	2 140	-	-	-	-
06 – MONTRÉAL EST-DE-L'ÎLE-DE-MONTRÉAL	2 053	73	733	2 859	-	-	-	-
06 – MONTRÉAL STE-JUSTINE	2 242	160	1 062	3 464	-	-	-	-
07 – OUTAOUAIS	1 935	71	616	2 622	318	0	36	354
08 – ABITIBI-TÉMISCAMINGUE	1 274	69	479	1 822	-	-	-	-
09 – CÔTE-NORD	583	22	167	772	-	-	-	-
11 – GASPÉSIE-ÎLES-DE-LA-MADELEINE	389	3	152	544	-	-	-	-
12 – CHAUDIÈRE-APPALACHES	2 378	47	927	3 352	265	7	29	301
13 - LAVAL	3 087	103	810	4 000				

Région	Médecin*				Sage-femme†			
	Vaginal n	AVAC n	Césarienne n	Total	Vaginal n	AVAC n	Césarienne‡ n	Total
14 – LANAUDIÈRE	3 134	100	948	4 182	165	5	21	191
15 – LAURENTIDES	3 183	115	923	4 221	237	6	26	269
16 – MONTÉRÉGIE-CENTRE	2 427	104	713	3 244	214	11	14	239
16 – MONTÉRÉGIE-EST	3 625	125	948	4 698	-	-	-	-
16 – MONTÉRÉGIE-ouest	2 046	60	682	2 788	-	-	-	-
10/17/18 – NORD-DU-QUÉBEC / NUNAVIK / TERRES-CRIES-DE-LA-BAIE-JAMES	272	5	54	331	-	-	-	-
TOTAL	58 227	2 184	20 096	80 507	2 527	95	304	2 926

AVAC : accouchement vaginal après césarienne; Le total (N = 82 708) correspond à la somme du total MED-ECHO (n = 80 507) et du total I-CLSC (n = 2 926) de laquelle les cas de transferts (n = 639) et les cas de césariennes sans code de transfert (n = 86) ont été exclus. * Source : MED-ECHO; † Source : I-CLSC; ‡ Le nombre de césariennes correspond au nombre d'accouchements par césarienne en centre hospitalier tel qu'indiqué dans I-CLSC. Cependant, pour plusieurs régions, ce nombre est plus élevé que le nombre de transferts dont l'issue est la césarienne.

ANNEXE V

Portrait des accouchements par hôpital, 2016-2017

Portrait des différents types d'accouchements par région et par centre hospitalier au Québec

Région sociosanitaire et centre hospitalier	Accouchement vaginal		Césarienne		AVAC*		Total
	n	%	n	%	n	%	n
1-BAS-SAINT-LAURENT	1 176	73 %	416	26 %	22	1 %	1 614
2-SAGUENAY-LAC-SAINT-JEAN	1 860	73 %	615	24 %	69	3 %	2 544
3-CAPITALE NATIONALE	5 351	68 %	2 351	30 %	171	2 %	7 873
Centre hospitalier de l'Université Laval	2 365	63 %	1 278	34 %	91	2 %	3 734
Hôpital de La Malbaie	138	74 %	48	26 %	0	0 %	186
Hôpital Saint-François d'Assise	2 848	72 %	1 025	26 %	80	2 %	3 953
4-AURICIE-ET-CENTRE-DU-QUEBEC	3 587	78 %	896	20 %	99	2 %	4 582
CHAU régional de Trois-Rivières - Pavillon Sainte-Marie	1 377	76 %	417	23 %	25	1 %	1 819
Centre de service du Haut-Saint-Maurice (hôpital)	76	74 %	27	26 %	0	0 %	103
Hôpital du Centre-de-la-Mauricie	439	74 %	139	24 %	12	2 %	590
Hôpital Sainte-Croix	872	81 %	176	16 %	29	3 %	1 077
Hôtel-Dieu d'Arthabaska	823	83 %	137	14 %	33	3 %	993
5-ESTRIE	3 318	75 %	1 021	23 %	108	2 %	4 447
6-MONTRÉAL	18 682	70 %	7 378	27 %	811	3 %	26 871
Centre hospitalier de l'Université de Montréal	1 866	70 %	678	26 %	105	4 %	2 649
Centre hospitalier de St. Mary	2 707	72 %	933	25 %	106	3 %	3 746

Région sociosanitaire et centre hospitalier	Accouchement vaginal		Césarienne		AVAC*		Total
Centre hospitalier universitaire Sainte-Justine	2 252	65 %	1 062	31 %	150	4 %	3 464
Hôpital de LaSalle	2 618	73 %	889	25 %	98	3 %	3 605
Hôpital du Sacré-Coeur de Montréal	1 589	74 %	506	24 %	45	2 %	2 140
Hôpital général du Lakeshore	1 092	69 %	447	28 %	39	2 %	1 578
Hôpital Maisonneuve-Rosemont	2 065	72 %	733	26 %	61	2 %	2 859
Hôpital Royal Victoria	1 889	64 %	952	32 %	104	4 %	2 945
Hôpital général juif Sir Mortimer B. Davis	2 604	67 %	1 178	30 %	103	3 %	3 885
7-OUTAOUAIS	1 940	74 %	616	23 %	66	3 %	2 622
8-ABITIBI-TÉMISCAMINGUE	1 282	70 %	479	26 %	61	3 %	1 822
9-CÔTE-NORD	587	76 %	167	22 %	18	2 %	772
11-GASPÉSIE-ÎLES-DE-LA-MADELEINE	389	72 %	152	28 %	3	1 %	544
12-CHAUDIÈRE-APPALACHES	2 381	71 %	927	28 %	44	1 %	3 352
13-LAVAL	3 092	77 %	810	20 %	98	2 %	4 000
Hôpital de la Cité-de-la-Santé	3 092	77 %	810	20 %	98	2 %	4 000
14-LANAUDIÈRE	3 141	75 %	948	23 %	93	2 %	4 182
Centre hospitalier régional de Lanaudière	1 009	76 %	280	21 %	44	3 %	1 333
Hôpital Pierre-Le Gardeur	2 132	75 %	668	23 %	49	2 %	2 849
15-LAURENTIDES	3 198	76 %	923	22 %	100	2 %	4 221
16-MONTÉRÉGIE	8 108	76 %	2 343	22 %	279	3 %	10 730

Région sociosanitaire et centre hospitalier	Accouchement vaginal		Césarienne		AVAC*		Total
Hôpital Anna-Laberge	1 383	75 %	424	23 %	44	2 %	1 851
Hôpital Charles-Lemoyne	1 428	73 %	468	24 %	54	3 %	1 950
Hôpital du Haut-Richelieu	1 001	77 %	245	19 %	48	4 %	1 294
Hôpital du Suroît	669	71 %	258	28 %	10	1 %	937
Hôpital Honoré-Mercier	1 066	78 %	280	20 %	27	2 %	1 373
Hôpital Pierre-Boucher	2 280	78 %	541	19 %	87	3 %	2 908
Hôtel-Dieu de Sorel	281	67 %	127	30 %	9	2 %	417
10/17/18-NORD-DU-QUÉBEC//NUNAVIK/TERRES-CRIES-DE-LA-BAIE-JAMES	272	82 %	54	16 %	5	2 %	331
Total général	58 364		20 096		2 047		80 507

AVAC : accouchement vaginal après césarienne; * Les données ont été agrégées par région lorsque le nombre de cas d'AVAC pour un ou plusieurs centres hospitaliers était égal à 5 ou moins.

Portrait des ETAC et des AVAC par centre hospitalier au Québec

Région sociosanitaire et centre hospitalier	Potentiellement admissible à l'AVAC*	ETAC	Proportion d'ETAC †	AVAC complétés ‡
	n	n	%	%
1-BAS-SAINT-LAURENT	201	33	16,4	66,7
2-SAGUENAY-LAC-SAINT-JEAN	350	102	29,1	67,6
3-CAPITALE NATIONALE	1 080	265	24,5	64,5
4-MAURICIE-ET-CENTRE-DU-QUÉBEC	498	125	25,1	79,2
5-ESTRIE	542	229	42,3	47,2
6-MONTRÉAL	3 981	1 207	30,3	67,2
Centre hospitalier de l'Université de Montréal	340	145	42,6	72,4
Centre hospitalier de St. Mary	526	143	27,2	74,1
Centre hospitalier universitaire Sainte-Justine	608	283	46,5	53,0
Hôpital de LaSalle	456	127	27,9	77,2
Hôpital du Sacré-Coeur de Montréal	299	55	18,4	81,8
Hôpital général du Lakeshore	244	86	35,2	45,3
Hôpital Maisonneuve-Rosemont	341	95	27,9	64,2
Hôpital Royal Victoria	559	146	26,1	71,2
Hôpital général Juif Sir Mortimer B. Davis	608	127	20,9	81,1
7-OUTAOUAIS	342	108	31,6	61,1
8-ABITIBI-TÉMISCAMINGUE	272	91	33,5	67,0

Région sociosanitaire et centre hospitalier	Potentiellement admissible à l'AVAC*	ETAC	Proportion d'ETAC †	AVAC complétés ‡
9-CÔTE-NORD	98	26	26,5	69,2
11-GASPÉSIE-ÎLES-DE-LA-MADELEINE	49	9	18,4	_#
12-CHAUDIÈRE-APPALACHES	471	80	17,0	55,0
13-LAVAL	497	122	24,5	80,3
Hôpital de la Cité-de-la-Santé	497	122	24,5	80,3
14-LANAUDIÈRE	472	165	35,0	56,4
Centre hospitalier régional de Lanaudière	146	82	56,2	53,7
Hôpital Pierre-Le Gardeur	326	83	25,5	59,0
15-LAURENTIDES	450	178	39,6	56,2
16-MONTÉRÉGIE	1 281	352	27,5	79,3
10/17/18-NORD-DU-QUÉBEC//NUNAVIK/TERRES-CRIES-DE-LA-BAIE-JAMES	29	7	24,1	_#
Total général	10 613	3 099		

AVAC : accouchement vaginal après césarienne; ETAC : épreuve de travail après césarienne; * Ce groupe est la combinaison de la cohorte AVAC et de la cohorte Césarienne avec antécédent de césarienne; † Numérateur : colonne ETAC, dénominateur : colonne admissible à l'ETAC; ‡ Numérateur : colonne AVAC, dénominateur : colonne ETAC; § Les données ont été agrégées par région lorsque le nombre de cas d'AVAC pour un ou plusieurs centres hospitaliers était égal à 5 ou moins; # Le pourcentage d'AVAC complétés est calculé seulement lorsque le nombre d'ETAC est égal à 20 ou plus.

ANNEXE W

Profil des répondants

Caractéristiques des répondants au sondage

Profil	Médecins (n = 211; 49,2 %)	Infirmières (n = 148; 34,5 %)	Sages- femmes (n = 44; 10,3 %)	Gestionnaires (n = 22; 5,1 %)	Autres (n = 4; 0,9 %)	TOTAL (N = 429; 100 %)	
Caractéristiques personnelles							
Sexe						n	%
Hommes	49 (23 %)	3 (2 %)	0 (0 %)	0 (0 %)	0 (0 %)	52	12,1 %
Femmes	162 (77 %)	145 (98 %)	44 (100 %)	22 (100 %)	4 (100 %)	377	87,9 %
Groupe d'âge							
35 ans et -	68 (32 %)	83 (56 %)	20 (45 %)	1 (5 %)	3 (75 %)	175	40,8 %
36 à 45 ans	72 (34 %)	34 (23 %)	16 (36 %)	5 (23 %)	1 (25 %)	128	29,8 %
46 à 55 ans	45 (21 %)	26 (18 %)	5 (11 %)	15 (68 %)	0 (0 %)	91	21,2 %
56 à 65 ans	18 (9 %)	5 (3 %)	3 (7 %)	1 (5 %)	0 (0 %)	27	6,3 %
66 ans et +	8 (4 %)	0 (0 %)	0 (0 %)	0 (0 %)	0 (0 %)	8	1,9 %
Caractéristique de pratique							
Type d'activité							
Clinique	166 (79 %)	111 (75 %)	36 (82 %)	0	4 (100 %)	317	73,9 %
Gestion	0 (0 %)	2 (1 %)	2 (5 %)	20 (91 %)	0	24	5,6 %
Clinique et gestion	45 (21 %)	35 (24 %)	6 (14 %)	2 (9 %)	0	88	20,5 %
Volume annuel d'accouchements							
1 à 25	4 (2 %)	20 (14 %)	5 (11 %)	0 (0 %)	0 (0 %)	29	6,8 %
26 à 50	24 (11 %)	28 (19 %)	26 (60 %)	0 (0 %)	0 (0 %)	78	18,2 %
51 à 99	65 (31 %)	39 (26 %)	9 (20 %)	0 (0 %)	0 (0 %)	113	26,3 %
100 et +	85 (40 %)	39 (26 %)	1 (2 %)	0 (0 %)	0 (0 %)	125	29,1 %
Ne s'applique pas/ne sait pas	33 (16 %)	22 (15 %)	3 (7 %)	22 (100 %)	4 (100 %)	84	19,6 %
Volume d'ETAC/AVAC en 2017							
1 à 9	83 (39 %)	73 (49 %)	32 (73 %)	0 (0 %)	0 (0 %)	188	43,8 %
10 à 19	46 (22 %)	10 (7 %)	1 (2 %)	0 (0 %)	0 (0 %)	57	13,3 %
20 à 29	17 (8 %)	4 (3 %)	0 (0 %)	0 (0 %)	0 (0 %)	21	4,9 %

30 à 39	9 (4 %)	2 (1 %)	0 (0 %)	0 (0 %)	0 (0 %)	11	2,6 %
40 à 49	1 (0 %)	1 (1 %)	0 (0 %)	0 (0 %)	0 (0 %)	2	0,5 %
50 et +	4 (2 %)	7 (5 %)	0 (0 %)	0 (0 %)	0 (0 %)	11	2,6 %
Ne s'applique pas/ne sait pas	51 (24 %)	51 (34 %)	11 (25 %)	22 (100 %)	4 (100 %)	139	32,4 %

NOTES :

- À moins d'indication contraire, les répondants sont classés en fonction de leur profession indépendamment du fait qu'ils exercent ou non des tâches de gestion en plus de leurs tâches cliniques.
- Les totaux différents de 100 % sont dus à l'arrondissement des valeurs.
- La catégorie « médecins » inclut les anesthésistes, les chirurgiens, les obstétriciens, les omnipraticiens, les pédiatres et les spécialistes en médecine maternelle et fœtale.
- La catégorie « infirmières » inclut les infirmières et les infirmières praticiennes.
- La catégorie « gestionnaires » n'inclut que les répondants qui exercent des tâches de gestion à temps plein en plus de deux gestionnaires qui ont indiqué avoir aussi des tâches cliniques, mais sans spécifier leur profession.
- Les pourcentages des catégories « volume annuel d'accouchements » et « volume d'ETAC/AVAC » ne tiennent pas compte des professionnels qui ont répondu « Ne s'applique pas/ne sait pas ».

ANNEXE X

Détail des énoncés de qualité rapportés par Qualité des services de santé Ontario / Health Quality Ontario

Indicateurs de structure

Indicateur	Sources
Disponibilité des installations qui ont des politiques favorables à l'AVAC	AAFP 2014; AOM 2011; RCOG 2015; SOGC 2005, Schiffrin and Cohen 2013

AAFP : American Association of Family Physicians; AOM : Association of Ontario Midwives; RCOG : Royal College of Obstetricians and Gynaecologists; SOGC : Society of Obstetricians and Gynaecologists of Canada.

Indicateurs de processus

Indicateur	Numérateur	Dénominateur	Sources dans QSSO
Pourcentage de femmes ayant accouché par césarienne et qui discutent avec leur médecin ou leur sage-femme des raisons de leur césarienne et de leurs options pour les accouchements futurs au moment de leur congé	Nombre de femmes au dénominateur qui discutent avec leur médecin ou leur sage-femme des raisons de leur césarienne et de leurs options pour les accouchements futurs au moment de leur congé	Nombre de femmes ayant accouché par césarienne	AOM 2011; Munro 2016; NICE 2011-2012; SOCG 2005
Pourcentage de femmes ayant accouché par césarienne et qui discutent avec leur médecin ou leur sage-femme des raisons de leur césarienne et de leurs options pour les accouchements futurs lors de la visite postnatale de six semaines	Nombre de femmes au dénominateur qui discutent avec leur médecin ou leur sage-femme des raisons de leur césarienne et de leurs options pour les accouchements futurs lors de la visite postnatale de six semaines	Nombre de femmes ayant accouché par césarienne	AOM 2011; Munro 2016; NICE 2011-2012; SOCG 2005
Pourcentage de femmes ayant accouché par césarienne et ayant reçu des informations écrites après avoir discuté avec leur médecin ou leur sage-femme des raisons de leur césarienne et de leurs options pour les accouchements futurs au moment de leur congé et lors de la visite postnatale de six semaines	Nombre de femmes au dénominateur qui reçoivent des informations écrites sur les raisons de leur césarienne et sur leurs options pour les accouchements futurs lors de la visite postnatale de six semaines	Nombre de femmes ayant accouché par césarienne et qui discutent avec leur médecin ou leur sage-femme des raisons de leur césarienne et de leurs options pour les accouchements futurs au moment de leur congé et lors de la visite postnatale de six semaines	AOM 2011; Munro 2016; NICE 2011-2012; SOCG 2005

Indicateur	Numérateur	Dénominateur	Sources dans QSSO
Pourcentage de femmes enceintes qui ont déjà accouché par césarienne et qui ont eu une discussion documentée dans le dossier clinique 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'une césarienne itérative	Nombre de femmes 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	Nombre de femmes enceintes ayant accouché par césarienne	AAFP 2014; AOM 2011; RCOG 2015; SOGC 2005
Pourcentage de femmes enceintes ayant déjà accouché par césarienne et dont le mode de naissance planifié est documenté dans leur dossier clinique	Nombre de femmes au dénominateur dont le mode de naissance planifié est documenté dans leur dossier clinique	Nombre de femmes enceintes ayant accouché par césarienne	AAFP 2014; AOM 2011; RCOG 2015; SOGC 2005
Pourcentage de femmes 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	Nombre de femmes au dénominateur dont le médecin ou la sage-femme fait une tentative documentée pour obtenir le rapport opératoire de la césarienne précédente	Nombre de femmes enceintes ayant accouché par césarienne	AOM 2011; RCOG 2015; SOGC 2005
Pourcentage de femmes enceintes qui ont déjà eu une césarienne dont le type d'incision utérine est inconnu et qui ont subi une évaluation individualisée documentée pour déterminer la faisabilité de l'AVAC	Nombre de femmes au dénominateur qui ont une évaluation individualisée documentée pour déterminer si l'AVAC est faisable	Nombre de femmes enceintes ayant accouché par césarienne avec un type inconnu d'incision utérine	AOM 2011; RCOG 2015; SOGC 2005
Pourcentage de femmes enceintes planifiant un AVAC qui ont discuté 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 et dont la discussion a été documentée	Nombre de femmes au dénominateur qui ont discuté 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 et dont la discussion a été documentée	Nombre de femmes enceintes prévoyant un AVAC	AAFP 2014; AOM 2011; RCOG 2015; SOGC 2005

Indicateur	Numérateur	Dénominateur	Sources dans QSSO
Pourcentage de femmes enceintes planifiant un accouchement par césarienne itérative 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 d'un travail non planifié	Nombre de femmes 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 d'un travail non planifié	Nombre de femmes enceintes prévoyant un accouchement par césarienne itérative	AAFP 2014; RCOG 2015
Pourcentage de femmes enceintes planifiant une césarienne itérative, 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	Nombre de femmes 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	Nombre de femmes enceintes prévoyant une césarienne itérative, mais entrant en travail de façon imprévue	AAFP 2014; RCOG 2015
Pourcentage de femmes 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	Nombre de femmes au dénominateur sur lesquelles on pratique un déclenchement artificiel du travail	Nombre de femmes enceintes qui tentent un AVAC et qui présentent des indications cliniques documentées pour justifier le déclenchement du travail	AAFP 2014; AOM 2011; RCOG 2015, SOGC 2005
Pourcentage de femmes enceintes qui tentent un AVAC, qui présentent des indications cliniques documentées pour justifier l'augmentation du travail et dont on stimule le travail	Nombre de femmes au dénominateur dont on stimule le travail	Nombre de femmes enceintes qui tentent un AVAC et qui présentent des indications cliniques documentées pour justifier l'augmentation du travail	AAFP 2014; AOM 2011; RCOG 2015, SOGC 2005
Pourcentage de femmes enceintes qui tentent un AVAC et qui ont une surveillance électronique continue du fœtus pour détecter tout symptôme de rupture utérine	Nombre de femmes au dénominateur qui ont une surveillance électronique continue du fœtus pour détecter tout symptôme de la rupture utérine	Nombre de femmes enceintes qui tentent un AVAC	AOM, 2011; RCOG, 2015; SOGC, 2005; Vaginal birth after Caesarean expert panel consensus

AAFP : American Association of Family Physicians; AOM : Association of Ontario Midwives; NICE : National Institute for Healthcare and Clinical Excellence; QSSO : Qualité des services de santé Ontario; RCOG : Royal College of Obstetricians and Gynaecologists; SOGC : Society of Obstetricians and Gynaecologists of Canada.

Indicateurs de résultats

Indicateur	Numérateur	Dénominateur	Sources dans QSSO
Pourcentage de femmes enceintes qui ont déjà accouché par césarienne et par voie vaginale et qui prévoient un AVAC pour leur grossesse actuelle	Nombre de femmes au dénominateur qui planifient un AVAC pour leur grossesse actuelle	Nombre de femmes enceintes ayant déjà accouché par césarienne et par voie vaginale	AAFP 2014; AOM 2011; RCOG 2015; SOGC 2005
Proportion de ruptures utérines chez les femmes enceintes qui planifient un AVAC	Nombre de femmes au dénominateur qui ont une rupture utérine	Nombre de femmes enceintes qui planifient un AVAC	AOM, 2011; RCOG, 2015; SOGC, 2005; Vaginal birth after Caesarean expert panel consensus

AOM : Association of Ontario Midwives; QSSO : Qualité des services de santé Ontario; RCOG : Royal College of Obstetricians and Gynaecologists; SOGC : Society of Obstetricians and Gynaecologists of Canada.

*Institut national
d'excellence en santé
et en services sociaux*

Québec 

Siège social

2535, boulevard Laurier, 5^e étage
Québec (Québec) G1V 4M3
418 643-1339

Bureau de Montréal

2021, avenue Union, 12^e étage, bureau 1200
Montréal (Québec) H3A 2S9
514 873-2563

inesss.qc.ca

