

NORMES DE QUALITÉ

# Accouchement vaginal après césarienne

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

MISE À JOUR 2024

# Portée de cette norme de qualité

La portée de cette norme de qualité s'étend du counselling post-partum après une césarienne à des soins prénataux et intrapartum pendant la grossesse et l'accouchement suivants. Les conseils donnés dans cette norme de qualité sur les soins de grossesse portent plus particulièrement sur les personnes ayant déjà accouché par césarienne, qui sont enceintes d'un bébé à terme ayant la tête en bas (> 37 semaines) et qui reçoivent des soins de grossesse de tout type de clinicien. Même si les personnes ayant déjà accouché plus d'une fois par césarienne font partie de ce champ d'application, les données de recherche sont limitées pour cette population. Une évaluation individualisée et un jugement clinique attentif dans le cadre d'une prise de décision commune sont essentiels dans cette situation.

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

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

# Qu'est-ce qu'une norme de qualité?

Les normes de qualité décrivent à quoi ressemblent des soins de grande qualité pour des conditions ou des processus où il y a de grandes variations dans la façon dont les soins sont dispensés ou où il y a des écarts entre les soins fournis en Ontario et les soins que les patients devraient recevoir. Objectifs :

- Aider les patients, les familles et les partenaires de soins à savoir ce qu'ils doivent demander relativement aux soins;
- Aider les cliniciens à savoir quels soins ils devraient offrir, sur la base de données probantes et d'un consensus d'experts;
- Aider les organismes de soins de santé à mesurer, à évaluer et à améliorer leur rendement en matière de soins aux patients.

Les normes de qualité et les guides du patient qui les accompagnent sont élaborées par Santé Ontario, en collaboration avec les cliniciens, les patients et les partenaires de soins de l'Ontario.

Pour obtenir plus de renseignements, veuillez contacter [QualityStandards@OntarioHealth.ca](mailto:QualityStandards@OntarioHealth.ca).

# Énoncés de qualité pour améliorer les soins : Résumé

Ces énoncés de qualité décrivent à quoi ressemblent des soins de grande qualité pour personnes ayant accouché par césarienne et planifiant leur prochain accouchement.

## **Énoncé de qualité 1 : Accès à l'accouchement vaginal après césarienne**

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

## **Énoncé de qualité 2 : Discussion après la césarienne**

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

## **Énoncé de qualité 3 : Prise de décision commune**

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

## **Énoncé de qualité 4 : Accouchement vaginal antérieur**

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

## **Énoncé de qualité 5 : Rapports opératoires et type d'incision**

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

## **Énoncé de qualité 6 : Accès en temps opportun à l'accouchement par césarienne**

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

### **Énoncé de qualité 7 : Travail non planifié**

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

### **Énoncé de qualité 8 : Déclenchement et stimulation du travail**

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

### **Énoncé de qualité 9 : Symptômes de la rupture utérine**

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

# Table des matières

Portée de cette norme de qualité .....	2
Qu'est-ce qu'une norme de qualité?.....	3
Énoncés de qualité pour améliorer les soins : Résumé .....	4
Résumé des mises à jour de 2024 .....	7
Justification de la nécessité de cette norme.....	8
Mesure à l'appui de l'amélioration .....	10
Énoncé de qualité 1 : Accès à l'accouchement vaginal après césarienne .....	11
Énoncé de qualité 2 : Discussion après la césarienne.....	13
Énoncé de qualité 3 : Prise de décision commune .....	16
Énoncé de qualité 4 : Accouchement vaginal antérieur .....	19
Énoncé de qualité 5 : Rapports opératoires et type d'incision .....	21
Énoncé de qualité 6 : Accès en temps opportun à l'accouchement par césarienne.....	23
Énoncé de qualité 7 : Travail non planifié.....	25
Énoncé de qualité 8 : Déclenchement et stimulation du travail .....	27
Énoncé de qualité 9 : Symptômes de la rupture utérine .....	30
Appendice 1 : À propos de cette norme de qualité.....	32
Appendice 2 : Glossaire .....	34
Appendice 3 : Valeurs et principes directeurs .....	35
Remerciements .....	37
Références .....	38
À propos de nous .....	40
À propos du Provincial Council for Maternal and Child Health.....	41

# Résumé des mises à jour de 2024

En 2024, nous avons effectué un examen des données probantes afin de saisir les lignes directrices de pratique clinique et les évaluations des technologies de la santé nouvelles ou mises à jour publiées depuis la publication initiale de cette norme de qualité en 2016. Cette mise à jour est conforme aux données cliniques les plus récentes et à la pratique actuelle en Ontario. Voici un résumé des changements apportés à la norme de qualité globale :

- Mise à jour des liens, des références secondaires et des sources de données, le cas échéant
- Remplacement du titre *Contexte* par *Justification*
- Révision de ces normes de qualité et des ressources connexes (p. ex. guide du patient, tableau sommaire, dossier d'amélioration, spécifications techniques) afin de les harmoniser avec la conception et l'image de marque actuelles de Santé Ontario
- Remplacement du titre *Moyens de mesurer le succès* par *Mesure à l'appui de l'amélioration*
- Remplacement du titre *Pourquoi cette norme de qualité est-elle nécessaire?* par *Justification de la nécessité de cette norme*
- Mise à jour des données dans la section *Justification de la nécessité de cette norme*, relatives à la présentation des cas d'amélioration et des tableaux de données, en utilisant les informations provenant du Registre et Réseau des Bons Résultats dès la naissance de l'Ontario
- Mise à jour de la terminologie pour correspondre à la terminologie privilégiée de Santé Ontario :
  - Remplacement de *professionnel de la santé* par *clinicien* ou *équipe de soins*
  - Remplacement du terme *aidant* par *partenaire de soins*

Voici un résumé des changements apportés à certains Énoncés de qualité :

- Énoncé de qualité 1 : Modification de la description de ce que les soins de soutien devraient inclure
- Énoncé de qualité 3 :
  - Modification de la *Justification* pour inclure des considérations supplémentaires lors de la prise de décision commune et des options supplémentaires qui devraient être discutées lors du counseling prénatal
  - Modification de la définition de la *prise de décision commune* pour y inclure des considérations relatives à l'équité et aux soins centrés sur la personne
  - Mise à jour de la définition du *dossier périnatal* afin de refléter la dernière version de l'Ontario Perinatal Record

# Justification de la nécessité de cette norme

Les principaux objectifs de ces normes de qualité sont d'améliorer l'accès à un accouchement vaginal après césarienne (AVAC) sûr et de promouvoir une prise de décision commune et réfléchie. La plupart des personnes qui ont eu une césarienne peuvent avoir un AVAC et de nombreuses données indiquent que c'est une option sécuritaire pour la plupart des personnes enceintes admissibles<sup>1-3</sup>. Cependant, les données du Registre et Réseau des Bons Résultats dès la naissance montrent que le taux d'AVAC planifiés a diminué au fil du temps en Ontario, passant de 41,0 % au cours de l'exercice 2014-2015 à 39,0 % au cours de l'exercice 2022/23, tandis que le taux d'accouchements planifiés par césarienne électorale répétée en Ontario pour 2022-2023 s'élevait à 56,1 %<sup>4</sup>. Les naissances par césarienne répétée électorale représentaient 16,2 % des naissances par césarienne en Ontario pour l'exercice 2022/23 (données du Registre et Réseau des Bons Résultats dès la naissance de l'Ontario et de l'Institut canadien d'information sur la santé), ce qui suggère que l'augmentation du taux d'AVAC en Ontario pourrait également réduire considérablement le taux provincial global de naissances par césarienne.

Les personnes qui envisagent un AVAC doivent tenir compte aussi bien des avantages globaux (par ex., temps de rétablissement plus rapide, risque plus faible de placentation anormale avec une future grossesse et réduction de la morbidité respiratoire néonatale)<sup>1,3</sup> que des risques potentiels (par ex., la rupture utérine, qui survient dans environ 1 sur 200 AVAC planifiés, sur la base du taux global en Ontario pour les Exercices 2014-2015 et 2022-2023 [données du Registre et Réseau des Bons Résultats dès la naissance]). Dans l'ensemble, les données disponibles suggèrent que l'AVAC et l'accouchement par césarienne de convenance peuvent être pratiqués en toute sécurité et que, pour un grand nombre de personnes, les différences absolues sont probablement minimales pour ce qui est des conséquences maternelles et néonatales<sup>1-3,5,6</sup>. La prise de décision partagée et éclairée est donc particulièrement importante pour que les personnes enceintes puissent recevoir les soins les plus conformes à leurs valeurs et préférences.

Les taux d'AVAC planifiés varient considérablement d'une région à l'autre de l'Ontario. Cette variation peut être liée à des différences entre les hôpitaux – les hôpitaux présentant des volumes d'accouchement plus faibles sont plus susceptibles d'avoir des taux plus faibles d'AVAC planifiés parmi les grossesses admissibles pour lesquelles l'intention de la femme enceinte a été recueillie (données du Registre et Réseau des Bons Résultats dès la naissance). Dans les régions qui ne peuvent pas offrir un accès en temps opportun à l'accouchement par césarienne, les choix pour l'AVAC planifié peuvent être plus limités. Les décisions peuvent aussi être influencées par des facteurs sociaux, financiers ou culturels<sup>7</sup>. La personne enceinte peut changer de mode d'accouchement préféré d'une grossesse à l'autre, ou être plus influencée par ses expériences d'accouchement, par ce que ses pairs lui ont dit et par ce qu'elle a lu sur Internet que par les conseils des cliniciens<sup>8</sup>. La recherche constate également une variation importante entre les régions et les établissements dans le recours à la prise de décision partagée entre les cliniciens et les patients qui planifient leur prochain accouchement<sup>8</sup>.

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

# Mesure à l'appui de l'amélioration

Le Comité consultatif sur la norme de qualité « Accouchement vaginal après césarienne : Soins destinés aux personnes ayant accouché par césarienne et planifiant leur prochain accouchement » a cerné 6 indicateurs généraux pour la surveillance des progrès en matière d'amélioration des soins apportés aux Ontariens ayant accouché par césarienne et planifiant leur prochain accouchement.

## Indicateurs pouvant être mesurés à l'aide de données provinciales

- Pourcentage de personnes enceintes admissibles qui prévoient un accouchement vaginal après césarienne
- Pourcentage de personnes enceintes admissibles qui ont un accouchement vaginal réussi après césarienne
- Pourcentage de personnes enceintes admissibles qui planifient un accouchement par césarienne de convenance

Les mesures suivantes se veulent des mesures d'équilibre visant à garantir que l'AVAC reste une option sûre pour les personnes qui envisagent une grossesse après une césarienne :

- Taux de rupture utérine par 1 000 accouchements vaginaux après césarienne planifiés
- Pourcentage de nouveau-nés qui sont restés en soins intensifs néonataux pendant plus de 4 heures parmi les nourrissons nés de mères ayant prévu un accouchement vaginal après césarienne et parmi les nourrissons nés de mères ayant prévu une nouvelle césarienne élective
- Taux de morbidité et de mortalité néonatales chez les nourrissons nés de personnes ayant planifié un accouchement vaginal après césarienne et chez les nourrissons nés de personnes ayant planifié une nouvelle césarienne élective

# Énoncé de qualité 1 : Accès à l'accouchement vaginal après césarienne

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

Sources : American Academy of Family Physicians, 2014<sup>2</sup> | Association des sages-femmes de l'Ontario, 2021<sup>1</sup> | Royal College of Obstetricians and Gynaecologists, 2015<sup>3</sup> | La Société des obstétriciens et gynécologues du Canada, 2019<sup>6</sup>

## Définition

**Accès :** Les personnes enceintes qui planifient un accouchement vaginal après césarienne (AVAC) ont accès à un médecin ou à une sage-femme qui appuie l'AVAC. Cet accès peut inclure le renvoi à un service plus complet pouvant offrir un AVAC planifié.

## Justification

L'AVAC est sûr et approprié pour la plupart des personnes qui ont déjà accouché par césarienne<sup>1-3,6</sup>. Lorsqu'aucune contre-indication à l'AVAC n'est présente, les médecins et les sages-femmes devraient offrir une AVAC comme option et conseiller les personnes enceintes et à leur famille de faire des choix qui reflètent leurs valeurs, leurs préférences et leurs priorités<sup>2</sup>. Ce genre de soins de soutien nécessite la disponibilité de cliniciens et d'établissements qui offrent et encouragent l'AVAC planifié<sup>2</sup>. Les politiques institutionnelles locales, les leaders d'opinion, l'audit et la rétroaction sont autant de moyens potentiellement efficaces de favoriser l'accès à l'AVAC<sup>2</sup>.

## La signification de cet énoncé de qualité

### Pour les personnes enceintes

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

### Pour les cliniciens

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

## Pour les organisations et les planificateurs des services de santé

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

# Indicateur de qualité : Manière de mesurer l'amélioration par rapport à cet énoncé

- Les établissements locaux disponibles qui adoptent des politiques favorables à l'AVAC

Les détails de mesure de cet indicateur, ainsi que des indicateurs généraux, qui permettent de mesurer l'amélioration par rapport aux objectifs de l'ensemble de la norme de qualité, sont disponibles dans les [spécifications techniques](#).

# Énoncé de qualité 2 : Discussion après la césarienne

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

Sources : Association des sages-femmes de l'Ontario, 2021<sup>1</sup> | National Institute for Health and Care Excellence, 2021 (mis à jour en 2024)<sup>9</sup> | La Société des obstétriciens et gynécologues du Canada, 2019<sup>6</sup>

## Définitions

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

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

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

## Justification

Les préférences pour les futurs accouchements sont généralement exprimées entre les grossesses<sup>8</sup>. Par conséquent, l'AVAC devrait être présenté comme une option pour les futurs accouchements à la sortie de l'hôpital et de nouveau à la visite postnatale de six semaines. Il est important de discuter des

raisons justifiant la première césarienne afin que la personne et sa famille puissent utiliser ces informations pour la planification familiale et les futures naissances<sup>8,9</sup>. La discussion doit également aborder le lien entre un intervalle d'accouchement de moins de 18 à 24 mois et le risque accru de rupture utérine<sup>1,6</sup>. Le médecin ou la sage-femme doit s'interroger sur l'état affectif et le bien-être du patient, et l'encourager à poser des questions.

Pendant la discussion, l'information devrait être fournie sous forme écrite afin qu'elle puisse être conservée et communiquée<sup>9</sup>. En effet, elle facilite la communication avec les fournisseurs de soins d'une naissance à l'autre, car le contexte clinique et les facteurs entourant l'accouchement par césarienne précédent sont alors clairs non seulement pour le médecin ou la sage-femme, mais aussi pour la personne enceinte et sa famille. Elle peut aussi soutenir la prise de décision partagée pendant la prochaine grossesse. Cette discussion devrait être répétée pour chaque accouchement par césarienne subséquent.

## La signification de cet énoncé de qualité

### Pour les personnes enceintes

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

### Pour les cliniciens

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

### Pour les organisations et les planificateurs des services de santé

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

## Indicateurs de qualité : Manière de mesurer l'amélioration par rapport à cet énoncé

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

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

Les détails de mesure de ces indicateurs, ainsi que des indicateurs généraux, qui permettent de mesurer l'amélioration par rapport aux objectifs de l'ensemble de la norme de qualité, sont disponibles dans les [spécifications techniques](#).

# Énoncé de qualité 3 : Prise de décision commune

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

Sources : American Academy of Family Physicians, 2014<sup>2</sup> | Association des sages-femmes de l'Ontario, 2021<sup>1</sup> | Royal College of Obstetricians and Gynaecologists, 2015<sup>3</sup> | La Société des obstétriciens et gynécologues du Canada, 2019<sup>6</sup> | National Institute for Health and Care Excellence, 2021 (mis à jour en 2024)<sup>9</sup>

## Définitions

**Dossier périnatal** : Documentation normalisée des soins périnataux. L'Ontario Perinatal Record sert de carte de soins pour la grossesse, l'accouchement et le début de la période postnatale.

**Prise de décision commune** : Un processus collaboratif qui permet aux personnes et à leurs cliniciens de prendre des décisions ensemble. En adoptant une approche sensible aux préférences de la personne et conforme à ses besoins, l'équipe de soins de santé doit :

- Inviter la personne à participer (ainsi que sa famille et ses partenaires de soins, si elle y consent)<sup>10</sup>
- Prendre en compte les facteurs susceptibles de compromettre la participation de la personne ou sa capacité à communiquer (par exemple, la langue dans laquelle les soins sont prodigués, les connaissances en matière de santé ou les croyances culturelles ou religieuses)<sup>11</sup>
- Présenter les options<sup>10</sup>
- Fournir des informations fondées sur des données probantes quant aux avantages et aux inconvénients de chaque option, ainsi que sur les soins prodigués pendant le travail et discuter des interventions potentielles<sup>10</sup>
- Aider les personnes à évaluer les options en fonction de leurs valeurs et de leurs préférences<sup>10</sup>
- Faciliter la discussion et la prise de décision<sup>10</sup>
- Aider à la mise en œuvre des décisions<sup>10</sup>
- Fournir des aides de prise de décision ou d'autres outils<sup>10</sup>

# Justification

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

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

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

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

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

## La signification de cet énoncé de qualité

### Pour les personnes enceintes

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

## Pour les cliniciens

Fournir du counselling prénatal favorisant la prise de décision commune quant au mode de naissance et offrir l'AVAC, le cas échéant. Documenter la discussion et le mode d'accouchement prévu dans le dossier périnatal. Considérer l'utilisation d'un outil d'aide à la décision comme [My Next Birth](#) (en anglais), développé par Perinatal Services BC.

## Pour les organisations et les planificateurs des services de santé

S'assurer que les systèmes sont en place pour que les médecins et les sages-femmes aient les compétences nécessaires pour prendre part à la prise de décision commune (y compris l'utilisation des outils d'aide à la décision comme [My Next Birth](#)), et documenter la discussion et le mode de naissance planifié dans le dossier périnatal.

# Indicateurs de qualité : Manière de mesurer l'amélioration par rapport à cet énoncé

- Pourcentage de personnes enceintes ayant eu une discussion documentée avec leur médecin ou leur sage-femme sur leurs valeurs et leurs préférences, sur les avantages et les inconvénients potentiels de l'AVAC planifié, et sur les avantages et les inconvénients potentiels d'un accouchement par césarienne de convenance
- Pourcentage de personnes enceintes ayant déjà accouché par césarienne et dont le mode de naissance planifié est documenté dans leur dossier clinique

Les détails de mesure de ces indicateurs, ainsi que des indicateurs généraux, qui permettent de mesurer l'amélioration par rapport aux objectifs de l'ensemble de la norme de qualité, sont disponibles dans les [spécifications techniques](#).

# Énoncé de qualité 4 : Accouchement vaginal antérieur

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

Sources : American Academy of Family Physicians, 2014<sup>2</sup> | Association des sages-femmes de l'Ontario, 2021<sup>1</sup> | Royal College of Obstetricians and Gynaecologists, 2015<sup>3</sup> | La Société des obstétriciens et gynécologues du Canada, 2019<sup>6</sup> | National Institute for Health and Care Excellence, 2021 (mis à jour en 2024)<sup>9</sup>

## Justification

Le principal prédicteur de l'AVAC est d'avoir déjà eu accouchement vaginal; dans ce scénario, le taux de succès de l'AVAC est élevé : de 85 % à 90 % environ<sup>3</sup>. L'accouchement vaginal antérieur est également associé de façon indépendante à un risque réduit de rupture utérine<sup>1,3</sup>. Les médecins et les sages-femmes devraient informer les personnes enceintes qui ont déjà accouché par césarienne et par voie vaginale ou qui ont déjà eu un AVAC qu'elles ont de bonnes chances d'avoir un AVAC réussi pour la grossesse actuelle. Les médecins et les sages-femmes devraient encourager l'AVAC planifié s'il n'y a pas de contre-indication en raison de son temps de récupération plus rapide, du risque plus faible de placentation anormale lors de futures grossesses et du risque plus faible de rupture utérine<sup>1-3,6</sup>.

## La signification de cet énoncé de qualité

### Pour les personnes enceintes

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

### Pour les cliniciens

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

## Pour les organisations et les planificateurs des services de santé

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

# Indicateur de qualité : Manière de mesurer l'amélioration par rapport à cet énoncé

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

Les détails de mesure de cet indicateur, ainsi que des indicateurs généraux, qui permettent de mesurer l'amélioration par rapport aux objectifs de l'ensemble de la norme de qualité, sont disponibles dans les [spécifications techniques](#).

# Énoncé de qualité 5 : Rapports opératoires et type d'incision

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

Sources : Association des sages-femmes de l'Ontario, 2021<sup>1</sup> | Royal College of Obstetricians and Gynaecologists, 2015<sup>3</sup> | La Société des obstétriciens et gynécologues du Canada, 2019<sup>6</sup>

## Définitions

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

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

## Justification

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

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

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

## La signification de cet énoncé de qualité

### Pour les personnes enceintes

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

### Pour les cliniciens

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

### Pour les organisations et les planificateurs des services de santé

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

## Indicateurs de qualité : Manière de mesurer l'amélioration par rapport à cet énoncé

- Pourcentage de personnes enceintes qui ont déjà eu une césarienne et dont le médecin ou la sage-femme fait une tentative documentée pour obtenir le rapport opératoire de la césarienne précédente
- Pourcentage de personnes enceintes qui ont déjà eu une césarienne avec un type inconnu d'incision utérine et qui ont subi une évaluation individualisée documentée pour déterminer si l'AVAC est faisable

Les détails de mesure de ces indicateurs, ainsi que des indicateurs généraux, qui permettent de mesurer l'amélioration par rapport aux objectifs de l'ensemble de la norme de qualité, sont disponibles dans les [spécifications techniques](#).

# Énoncé de qualité 6 : Accès en temps opportun à l'accouchement par césarienne

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

Sources : American Academy of Family Physicians, 2014<sup>2</sup> | Association des sages-femmes de l'Ontario, 2021<sup>1</sup> | Royal College of Obstetricians and Gynaecologists, 2015<sup>3</sup> | La Société des obstétriciens et gynécologues du Canada, 2019<sup>6</sup> | National Institute for Health and Care Excellence, 2021 (mis à jour en 2024)<sup>9</sup>

## Définition

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

## Justification

En cas d'urgence, le risque pour le patient et le nouveau-né est accru si la césarienne est retardée<sup>3,6</sup>. Par conséquent, le médecin ou la sage-femme doit faire savoir au patient que l'endroit le plus sûr pour l'AVAC est l'hôpital, lieu où le fœtus peut être surveillé de façon continue et où le patient peut accoucher par césarienne sans tarder si besoin est. Les médecins et les sages-femmes doivent être conscients de la disponibilité dans leur hôpital de médecins, de sages-femmes, d'infirmiers, d'anesthésiologistes et de pédiatres pouvant aider les personnes en travail<sup>6</sup>. Cette information devrait être communiqué aux personnes qui planifient un AVAC dans le cadre d'une prise de décision commune (énoncé de qualité 3)<sup>1</sup>. Les hôpitaux devraient avoir des politiques et des protocoles écrits pour promouvoir l'AVAC et y assurer l'accès, notamment la façon dont les médecins sont avisés ou consultés pour pratiquer, si nécessaire, une césarienne en temps opportun<sup>2,6</sup>. Il faut discuter et tenir compte des facteurs maternels susceptibles d'accroître le risque de rupture utérine lors de la planification du lieu de naissance; il peut être approprié de recommander le patient à un service plus complet qui comprend des soutiens pour l'AVAC planifié.

# La signification de cet énoncé de qualité

## Pour les personnes enceintes

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

## Pour les cliniciens

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

## Pour les organisations et les planificateurs des services de santé

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

## Indicateur de qualité : Manière de mesurer l'amélioration par rapport à cet énoncé

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

Les détails de mesure de cet indicateur, ainsi que des indicateurs généraux, qui permettent de mesurer l'amélioration par rapport aux objectifs de l'ensemble de la norme de qualité, sont disponibles dans les [spécifications techniques](#).

# Énoncé de qualité 7 : Travail non planifié

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

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

## Définition

**Travail non planifié** : Travail qui commence spontanément, avant l'accouchement par césarienne de convenance.

## Justification

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

Les personnes planifiant un accouchement par césarienne de convenance mais entrant en travail de façon imprévue devraient prendre part, avec leur médecin ou leur sage-femme, à la prise de décision commune sur la faisabilité de l'AVAC à leur arrivée à l'hôpital<sup>2,3</sup>. Leurs préférences, les facteurs cliniques qui peuvent augmenter le risque de rupture utérine et le jugement clinique du médecin ou de la sage-femme devraient être pris en compte lors de la détermination du mode de naissance<sup>2</sup>. Les prestataires de soins obstétriques doivent continuer à collaborer avec les femmes enceintes pour prendre des décisions communes lors d'un accouchement non planifié après une césarienne antérieure, si l'état de santé de la mère ou du fœtus a changé, ce qui pourrait avoir une incidence sur les risques associés à l'accouchement et sur la probabilité que la personne accouche par voie vaginale<sup>2</sup>.

# La signification de cet énoncé de qualité

## Pour les personnes enceintes

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

## Pour les cliniciens

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

## Pour les organisations et les planificateurs des services de santé

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

## Indicateurs de qualité : Manière de mesurer l'amélioration par rapport à cet énoncé

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

Les détails de mesure de ces indicateurs, ainsi que des indicateurs généraux, qui permettent de mesurer l'amélioration par rapport aux objectifs de l'ensemble de la norme de qualité, sont disponibles dans les [spécifications techniques](#).

# Énoncé de qualité 8 : Déclenchement et stimulation du travail

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

Sources : American Academy of Family Physicians, 2014<sup>2</sup> | Association des sages-femmes de l'Ontario, 2021<sup>1</sup> | Royal College of Obstetricians and Gynaecologists, 2015<sup>3</sup> | La Société des obstétriciens et gynécologues du Canada, 2019<sup>6</sup> | National Institute for Health and Care Excellence, 2021 (mis à jour en 2024)<sup>9</sup>

## Définitions

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

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

## Justification

Des preuves suggèrent que, comparativement au travail spontané, le déclenchement ou la stimulation du travail après une césarienne précédente augmente le risque de rupture utérine de 2 à 3 fois et celui de naissance par césarienne de 1,5 fois<sup>3</sup>. Cependant, parce que le risque absolu de rupture utérine est faible, le déclenchement artificiel ou la stimulation du travail peuvent être offerts s'ils sont médicalement indiqués, après consultation sur les avantages et les dangers potentiels<sup>6</sup>. Les médecins et les sages-femmes devraient discuter avec leur patient de la décision de provoquer ou de stimuler le travail, de la méthode proposée, des intervalles entre les examens vaginaux, et des critères de progression du travail en vertu desquels ils décideraient d'interrompre le travail et de procéder à un accouchement par césarienne<sup>3</sup>.

S'ils décident d'augmenter l'ocytocine, les cliniciens devraient prêter une attention particulière à la progression du travail et à l'activité utérine. L'utilisation de l'ocytocine nécessite des soins infirmiers

ou de sage-femme individuels et une surveillance électronique continue du fœtus pendant la phase active de l'accouchement.

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

## La signification de cet énoncé de qualité

### Pour les personnes enceintes

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

### Pour les cliniciens

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

### Pour les organisations et les planificateurs des services de santé

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

## Indicateurs de qualité : Manière de mesurer l'amélioration par rapport à cet énoncé

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

Les détails de mesure de ces indicateurs, ainsi que des indicateurs généraux, qui permettent de mesurer l'amélioration par rapport aux objectifs de l'ensemble de la norme de qualité, sont disponibles dans les [spécifications techniques](#).

# Énoncé de qualité 9 : Symptômes de la rupture utérine

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

Sources : Association des sages-femmes de l'Ontario, 2021<sup>1</sup> | Royal College of Obstetricians and Gynaecologists, 2015<sup>3</sup> | La Société des obstétriciens et gynécologues du Canada, 2019<sup>6</sup> | Consensus du groupe d'experts sur l'AVAC | National Institute for Health and Care Excellence, 2021 (mis à jour en 2024)<sup>9</sup>

## Définition

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

## Justification

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

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

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

Grâce à la surveillance électronique continue du fœtus chez les personnes ayant déjà eu une césarienne depuis le déclenchement du travail actif jusqu'à la fin du travail, on peut détecter dès le début un rythme cardiaque atypique et anormal chez le fœtus, y compris la bradycardie – signe

prédictif le plus commun ou le plus clair de la rupture utérine<sup>3,6,14</sup>. Les cliniciens devraient reconnaître les tracés cardiaques fœtaux atypiques et anormaux, et y réagir.

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

## La signification de cet énoncé de qualité

### Pour les personnes enceintes

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

### Pour les cliniciens

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

### Pour les organisations et les planificateurs des services de santé

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

## Indicateurs de qualité : Manière de mesurer l'amélioration par rapport à cet énoncé

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

Les détails de mesure de ces indicateurs, ainsi que des indicateurs généraux, qui permettent de mesurer l'amélioration par rapport aux objectifs de l'ensemble de la norme de qualité, sont disponibles dans les [spécifications techniques](#).

# Appendice 1 : À propos de cette norme de qualité

## Comment utiliser cette norme de qualité

Les normes de qualité informent les patients, les cliniciens et les organismes sur ce à quoi ressemblent des soins de grande qualité pour les problèmes de santé ou les processus jugés prioritaires pour l'amélioration de la qualité en Ontario. Elles sont fondées sur les meilleures données probantes.

Vous trouverez ci-dessous des conseils sur la façon d'utiliser les normes de qualité et les ressources qui y sont associées.

### Pour les personnes enceintes

Cette norme de qualité consiste en des énoncés de qualité. Ces derniers décrivent à quoi ressemblent des soins de grande qualité pour les personnes ayant accouché par césarienne et planifiant leur prochain accouchement.

Dans chaque énoncé de qualité, nous avons inclus de l'information sur ce que ces énoncés signifient pour vous, en tant que patient.

De plus, vous voudrez peut-être télécharger le [guide du patient](#) sur l'accouchement vaginal après césarienne pour vous aider, vous et votre famille, à avoir des conversations éclairées avec vos cliniciens. À l'intérieur, vous y trouverez des informations et des questions que vous voudrez peut-être poser lorsque vous travaillerez ensemble à la préparation du plan de vos soins.

### Pour les cliniciens et les organismes

Ces énoncés de qualité à l'intérieur de cette norme de qualité décrivent à quoi ressemblent des soins de grande qualité pour les personnes ayant accouché par césarienne et planifiant leur prochain accouchement. Ils sont fondés sur les meilleures données probantes et conçus pour vous aider à savoir quoi faire pour réduire les écarts et les variations dans les soins.

De nombreux cliniciens et organismes offrent déjà des soins de grande qualité fondés sur des données probantes. Cependant, certains éléments de vos soins peuvent être améliorés. Cette norme de qualité peut servir de ressource pour vous aider à prioriser et à mesurer les efforts d'amélioration.

Des outils et des ressources pour vous soutenir dans vos efforts d'amélioration de la qualité accompagnent chaque norme de qualité. Ces ressources comprennent des indicateurs et leur définitions, disponibles dans les spécifications techniques. La mesure est la clé de l'amélioration de la qualité. La collecte et l'utilisation de données lors de la mise en œuvre d'une norme de qualité peuvent vous aider à évaluer la qualité des soins que vous dispensez et à cerner les lacunes dans les soins et les domaines à améliorer.

Il existe également un certain nombre de ressources en ligne pour vous aider, notamment :

- Notre [guide du patient](#) sur l'accouchement vaginal après césarienne, que vous pouvez partager avec les patients et les familles pour les aider à avoir des conversations avec vous et leurs autres cliniciens. Veuillez mettre à la disposition des gens le guide du patient où vous prodiguez les soins;
- Nos [ressources de mesure](#), y compris les spécifications techniques des indicateurs de cette norme de qualité, le jeu de diapositives « cas d'amélioration » pour vous aider à expliquer pourquoi cette norme a été créée et les données qui la sous-tendent, et notre guide de mesure contenant des renseignements supplémentaires pour soutenir le processus de collecte et de mesure des données;
- Notre [sommaire](#), qui résume la norme de qualité et comprend des liens vers des ressources et des outils utiles;
- Notre [Guide de démarrage](#), qui comprend des liens vers des modèles et des outils pour vous aider à mettre en pratique les normes de qualité. Ce guide vous montre comment planifier, mettre en œuvre et soutenir les changements dans votre pratique;
- [Quorum](#), qui est une communauté en ligne vouée à l'amélioration de la qualité des soins en Ontario. C'est un endroit où les cliniciens peuvent échanger de l'information et se soutenir mutuellement. Le site comprend des outils et des ressources pour vous aider à mettre en œuvre les énoncés de qualité dans chaque norme.

## Comment le système de santé peut appuyer la mise en œuvre

Pendant que vous travaillez à la mise en œuvre de cette norme de qualité, il peut y avoir des moments où vous trouvez difficile de fournir les soins décrits en raison d'obstacles ou de lacunes au niveau du système. Ces difficultés ont été cernées et documentées dans le cadre de l'élaboration de la norme de qualité, qui comprenait une vaste consultation auprès de cliniciens et de conseillers chevronnés et un examen minutieux des données probantes disponibles et des programmes existants. Bon nombre des leviers du changement du système relèvent de Santé Ontario, et c'est pourquoi nous continuerons de travailler pour éliminer ces obstacles afin d'appuyer la mise en œuvre de normes de qualité. Nous mobiliserons et soutiendrons également d'autres partenaires provinciaux, y compris le ministère de la Santé ou d'autres ministères concernés, dans le cadre d'initiatives stratégiques visant à combler les lacunes au niveau du système.

Entre-temps, il y a de nombreuses mesures que vous pouvez prendre de votre propre chef. Prenez connaissance de la norme et agissez là où vous le pouvez.

# Appendice 2 : Glossaire

Terme	Définition
<b>Cliniciens</b>	Les professionnels réglementés qui prodiguent des soins à des patients ou à des clients. Par exemple, le personnel infirmier, les infirmiers praticiens, les ergothérapeutes, les pharmaciens, les médecins, les physiothérapeutes, les psychologues, les travailleurs sociaux, les diététistes professionnels et les orthophonistes.
<b>Équipe de soins</b>	Les cliniciens ainsi que les personnes occupant des métiers non réglementés, comme le personnel administratif, les préposés au soutien comportemental, le personnel chargé du transport des patients, les préposés aux services de soutien à la personne, le personnel chargé des loisirs et le personnel chargé des soins spirituels, et les bénévoles.
<b>Famille</b>	Les personnes les plus proches d'une personne en matière de connaissance, de soins et d'affection. Cela peut comprendre la famille biologique ou d'origine, la famille par alliance ou la famille de choix et les amis. La personne définit les membres de sa famille et les personnes qui participeront à ses soins.
<b>Partenaire de soins</b>	Une personne non rémunérée qui offre des soins et un soutien à titre non professionnel, comme un parent, un autre membre de la famille, un ami ou toute autre personne désignée par la personne atteinte d'hypertension. Les autres termes couramment utilisés pour décrire ce rôle sont notamment « aidant », « aidant naturel », « aidant familial », « aidant principal ».
<b>Soins adaptés à la culture<sup>15</sup></b>	Soins qui intègrent les traditions, les valeurs et les croyances culturelles ou confessionnelles; soins qui sont dispensés dans la langue de préférence de la personne; soins qui adaptent les conseils propres à la culture et qui tiennent compte du désir de la personne de faire participer des membres de sa famille ou de sa collectivité.

# Appendice 3 : Valeurs et principes directeurs

## Valeurs à la base de cette norme de qualité

Cette norme de qualité a été créée et devrait être mise en œuvre conformément à la [Déclaration de valeurs des patients, des familles et des personnes soignantes pour l'Ontario](#). Cette déclaration « est une vision qui trace la voie vers un partenariat avec les patients dans l'ensemble du système de soins de santé de l'Ontario. Elle décrit un ensemble de principes fondamentaux considérés du point de vue des patients ontariens; elle sert de document d'orientation pour tous ceux qui ont affaire à notre système de soins de santé. »

Ces valeurs sont :

- Respect et dignité
- Empathie et compassion
- Responsabilité
- Transparence
- Équité et participation

Un système de santé de qualité est un système qui offre un bon accès, une bonne expérience et de bons résultats à toutes les personnes en Ontario, peu importe où elles vivent, ce qu'elles ont ou qui elles sont.

## Principes directeurs

Outre les valeurs susmentionnées, cette norme de qualité est guidée par les principes énoncés ci-dessous.

### Reconnaître l'impact de la colonisation

Les cliniciens devraient reconnaître les répercussions historiques et actuelles de la colonisation dans le contexte de la vie des peuples autochtones partout au Canada et s'efforcer d'y remédier. Ce travail consiste à être sensible aux impacts des traumatismes intergénérationnels et actuels et aux préjudices physiques, mentaux, émotionnels et sociaux subis par les peuples, les familles et les communautés autochtones, ainsi qu'à reconnaître leur force et leur résilience. Cette norme de qualité s'appuie sur des lignes directrices de pratique clinique existantes qui n'incluent pas nécessairement de soins culturellement pertinents ou qui ne reconnaissent pas les croyances, les pratiques et les modèles de soins traditionnels autochtones.

## Services en français

En Ontario, la Loi sur les services en français garantit le droit d'une personne de recevoir des services en français de la part des ministères et organismes du gouvernement de l'Ontario dans [26 régions désignées](#) et dans les bureaux du gouvernement<sup>16</sup>.

## Déterminants sociaux de la santé

L'itinérance et la pauvreté sont deux exemples de conditions économiques et sociales qui influencent la santé des personnes, connues sous le nom de déterminants sociaux de la santé. Parmi les autres déterminants sociaux de la santé figurent le statut professionnel et les conditions de travail, la race et l'origine ethnique, la sécurité alimentaire et la nutrition, le sexe, le logement, le statut d'immigré, l'exclusion sociale et le fait de résider dans une zone rurale ou urbaine. Les déterminants sociaux de la santé peuvent avoir de fortes répercussions sur la santé des individus et des populations; ils jouent un rôle important dans la compréhension des causes profondes de la dégradation de la santé. Les personnes atteintes d'un trouble de la santé mentale ou de dépendance vivent souvent dans des conditions sociales et économiques très stressantes qui aggravent leur santé mentale<sup>17</sup>, notamment la stigmatisation sociale, la discrimination et le manque d'accès à l'éducation, à un emploi, aux revenus et à un logement<sup>18</sup>.

## Soins tenant compte des traumatismes

Les soins tenant compte des traumatismes sont des soins de santé qui reflètent une compréhension des traumatismes et des répercussions d'expériences traumatiques sur les gens, et le risque de traumatiser ou de retraumatiser les patients lorsqu'ils reçoivent des soins<sup>19,20</sup>. Cette approche ne traite pas nécessairement le traumatisme directement. Elle reconnaît plutôt qu'une personne peut avoir vécu un événement traumatique qui pourrait contribuer à ses problèmes de santé actuels, et prend des mesures pour réduire les possibilités de traumatismes (par exemple, en utilisant des stratégies actives concernant le consentement, en répondant aux besoins individuels des patients, en reconnaissant le déséquilibre de pouvoir inhérent aux relations entre le clinicien et le patient, et en facilitant l'action et le choix du patient dans toutes les interactions)<sup>21,22</sup>. Cette approche insiste sur la création d'un environnement dans lequel la personne se sentira à l'aise de parler de son traumatisme, et sur le fait de comprendre, de respecter et de prendre en compte les effets du traumatisme<sup>20-22</sup>.

# Remerciements

## Comité consultatif

Qualité des services de santé Ontario et le Provincial Council for Maternal and Child Health remercient les personnes suivantes d'avoir si généreusement donné de leur temps et de leur expertise pour aider à créer cette norme de qualité (authentifiants utilisés lors de la première phase de développement en 2018) :

**Manavi Handa (coprésidente)**

Sage-femme autorisée  
Professeure agrégée, Université Ryerson

**Modupe Tunde-Byass (coprésidente)**

Obstétricienne et gynécologue Hôpital général  
de North York

**Nicolette Caccia**

Obstétricienne et gynécologue  
Hôpital Humber River

**Pilar Chapman**

Sage-femme autorisée  
Hôpital Memorial de Lincoln Ouest

**Shasta Cividino**

Gestionnaire clinique, Services d'obstétrique  
Trillium Health Partners

**Tracie Delisle**

Infirmière clinicienne  
Horizon Santé-Nord

**Perle Feldman**

Professeure agrégée, Médecine familiale  
Université McGill

**Joanne Mackenzie**

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

**Cathy Ottenhof**

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

**Catherine Pepevnak**

Consultante en situation de vécu

**Steve Sears**

Médecin de famille  
Hôpital Temiskaming et Temiskaming Shores

**Patricia Smith**

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

Santé Ontario remercie également le Comité consultatif sur les soins maternels et infantiles du Provincial Council for Maternal and Child Health, présidé par Gareth Seaward et Siobhan Chisholm, d'avoir fourni des commentaires sur cette norme de qualité, ainsi que le Registre et Réseau des Bons Résultats dès la naissance de l'Ontario pour avoir fourni des données qui ont permis d'actualiser la norme de qualité en 2024.

# Références

- (1) Association des sages-femmes de l'Ontario, Gure F, MacDonald T, Minichiello A. Clinical practice guideline no. 14: management of vaginal birth after previous low-segment Caesarean section [Internet]. Toronto (ON) : L'Association des sages-femmes de l'Ontario; 2021 [cité en avr. 2024]. Disponible à l'adresse : <https://www.ontariomidwives.ca/sites/default/files/2021-06/CPG-Vaginal-birth-after-caesaeen-section-2021-PUB.pdf>
- (2) American Academy of Family Physicians. Clinical practice guideline: planning for labor and vaginal birth after Cesarean [Internet]. Leawood (KS) : American Academy of Family Physicians 2014 [cité en juin 2016]. Disponible à l'adresse : [http://www.aafp.org/dam/AAFP/documents/patient\\_care/clinical\\_recommendations/AAFP%20PVBAC%20guideline.pdf](http://www.aafp.org/dam/AAFP/documents/patient_care/clinical_recommendations/AAFP%20PVBAC%20guideline.pdf)
- (3) Royal College of Obstetricians and Gynaecologists. Birth after previous Caesarean birth green-top guideline no. 45 [Internet]. Londres (Royaume-Uni) : Royal College of Obstetricians and Gynaecologists; 2015 [cité en juin 2016]. Disponible à l'adresse : [https://www.rcog.org.uk/globalassets/documents/guidelines/gtg\\_45.pdf](https://www.rcog.org.uk/globalassets/documents/guidelines/gtg_45.pdf)
- (4) L'Institut canadien d'information sur la santé. QuickStats: childbirth indicators by place of residence 2014-2015; what is the repeat Caesarean section rate in Ontario, 2014-2015? [Internet]. North York (ON) : L'Institut canadien d'information sur la santé; 2016 [cité en juin 2016]. Disponible à l'adresse : [https://apps.cihi.ca/mstrapp/asp/Main.aspx?Server=apmstxtrprd\\_i&project=Quick+Stats&uid=pce\\_pub\\_en&pwd=&evt=2048001&visualizationMode=0&documentID=029DB170438205AEBCC75B8673CCE822](https://apps.cihi.ca/mstrapp/asp/Main.aspx?Server=apmstxtrprd_i&project=Quick+Stats&uid=pce_pub_en&pwd=&evt=2048001&visualizationMode=0&documentID=029DB170438205AEBCC75B8673CCE822)
- (5) Bickford CD, Janssen PA. Maternal and newborn outcomes after a prior Cesarean birth by planned mode of delivery and history of prior vaginal birth in British Columbia: a retrospective cohort study. CMAJ Open. 2015;3(2):E158-65.
- (6) Société des obstétriciens et gynécologues du Canada. Directives cliniques de la SOGC No 382 — Épreuve de travail après césarienne [correction publiée dans le Journal d'obstétrique et gynécologie du Canada, Sep. 2019; 41(9):1395. doi : 10.1016/j.jogc.2019.07.010] [correction publiée dans le Journal d'obstétrique et gynécologie du Canada, Nov. 2020;42(11):1452. doi : 10.1016/j.jogc.2020.09.003]. Journal d'obstétrique et gynécologie du Canada 2019;41(7):992-1011.
- (7) Grzybowski S, Kornelsen J, Barclay L. Closing rural maternity services: is it worth the risk? Can J Rural Med. 2016;21(1):17-9.
- (8) Munro S. Policy brief: access to maternity services: vaginal birth after Caesarean [Internet]. Vancouver (Colombie-Britannique) : Sarah Munro; 2016 [cité en déc. 2016]. Disponible à l'adresse : [https://static1.squarespace.com/static/555a1a87e4b07ba26dc3faf4/t/5769a1c203596e833237b8c4/1466540581450/Munro\\_VBAC+Policy+Brief+v1.5.pdf](https://static1.squarespace.com/static/555a1a87e4b07ba26dc3faf4/t/5769a1c203596e833237b8c4/1466540581450/Munro_VBAC+Policy+Brief+v1.5.pdf)
- (9) National Institute for Health and Clinical Excellence. Caesarean birth: clinical guideline [Internet]. Londres (Royaume-Uni) : National Institute for Health and Clinical Excellence; 2021 [mis à jour en jan. 2024; cité en avr. 2024]. Disponible à l'adresse : <https://www.nice.org.uk/guidance/ng192>

- (10) Wexler R. Six steps of shared decision making [Internet]. Boston (MA) : Informed Medical Decisions Foundation; 2012 [cité en juin 2016]. Disponible à l'adresse : [https://www.mainequalitycounts.org/image\\_upload/SixStepsSDM2.pdf](https://www.mainequalitycounts.org/image_upload/SixStepsSDM2.pdf)
- (11) National Institute for Health and Clinical Excellence. Medicines adherence: involving patients in decisions about prescribed medicines and supporting adherence [Internet]. Londres (Royaume-Uni) : National Institute for Health and Clinical Excellence; 2009 [cité en mai 2024]. Disponible à l'adresse : <https://www.nice.org.uk/guidance/cg76>
- (12) Leduc D, Biringier A, Lee L, Dy J, Azzam H, Barrett J, et al. Induction of labour: review. J Obstet Gynaecol Can. 2015;37(4):380-3.
- (13) Organisation mondiale de la Santé. WHO recommendations for augmentation of labour [Internet]. Genève : L'Organisation mondiale de la Santé; 2014 [cité en déc. 2016]. Disponible à l'adresse : [http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/112825/1/9789241507363\\_eng.pdf](http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/112825/1/9789241507363_eng.pdf)
- (14) Liston R, Sawchuck D, Young D. Fetal health surveillance: antepartum and intrapartum consensus guideline. J Obstet Gynaecol Can. 2007;29(9 Suppl 4):S3-56.
- (15) Diabetes Canada. 2018 Clinical practice guidelines [Internet]. Toronto (ON) : Diabetes Canada; 2018 [cité en juin 2024]. Disponible à l'adresse : <https://guidelines.diabetes.ca/docs/CPG-2018-full-EN.pdf>
- (16) Ministry of Health, Ministry of Long-Term Care. French language health services: the *French Language Services Act*, 1986 (FLSA) [Internet]. Toronto (ON): Queen's Printer for Ontario; 2021 [cité en mars 2024]. Disponible à l'adresse : <https://www.health.gov.on.ca/en/public/programs/flhs/flsa.aspx>
- (17) Keleher H, Armstrong R. Evidence-based mental health promotion resource. report for the Department of Human Services and VicHealth, Melbourne [Internet]. Melbourne (Australia): State of Victoria, Department of Human Services; 2006 [cité en mars 2024]. Disponible à l'adresse : <https://www2.health.vic.gov.au/Api/downloadmedia/%7BC4796515-E014-4FA0-92F6-853FC06382F7%7D>
- (18) Health Quality Ontario. Taking stock: a report on the quality of mental health and addictions services in Ontario [Internet]. Toronto (ON): Queen's Printer for Ontario; 2015 [cité en mars 2024]. Disponible à l'adresse : <https://www.hqontario.ca/Portals/0/Documents/pr/theme-report-taking-stock-en.pdf>
- (19) Kuehn BM. Trauma-informed care may ease patient fear, clinician burnout. JAMA. 202;323(7):595-7.
- (20) Ravi A, Little V. Providing trauma-informed care. Am Fam Physician. 2017;95(10):655-7.
- (21) Dowdell EB, Speck PM. Trauma-informed care in nursing practice. Am J Nurs. 2022;122(4):30-8.
- (22) Fleishman J, Kamsky H, Sundborg S. Trauma-informed nursing practice. Online J Issues Nurs. 2019;24(2).

# À propos de nous

Nous sommes un organisme créé par le gouvernement de l'Ontario dans le but d'interconnecter, de coordonner et de moderniser le système de soins de santé de la province. Avec des partenaires, des fournisseurs et des patients, nous œuvrons à rendre le système de santé plus efficace afin que tous les Ontariens aient la possibilité d'améliorer leur santé et leur bien-être.

## Équité, inclusion, diversité et antiracisme

Santé Ontario s'engage à promouvoir l'équité, l'inclusion et la diversité et à lutter contre le racisme au sein du système de santé. Pour ce faire, Santé Ontario a élaboré un [Cadre d'équité, d'inclusion, de diversité et d'antiracisme](#), lequel s'appuie sur les engagements et les relations déjà prévus par la loi et reconnaît la nécessité d'une approche intersectionnelle.

Le cadre de Santé Ontario définit l'équité comme suit : « Contrairement à la notion d'égalité, l'équité n'est pas une question traitant la similitude de traitement. En fait, elle porte plutôt sur l'équité et la justice dans le processus et dans les résultats. Des résultats équitables exigent souvent un traitement différencié et une redistribution des ressources pour que tous les individus et toutes les collectivités soient sur un pied d'égalité. Il faut, pour ce faire, reconnaître et éliminer les obstacles à la prospérité de tous dans notre société. »

Pour plus d'informations sur Santé Ontario, visitez [OntarioHealth.ca/fr](https://OntarioHealth.ca/fr).

# À propos du Provincial Council for Maternal and Child Health

Créé en 2008, le Provincial Council for Maternal and Child Health (PCMCH) est une organisation provinciale qui assure un leadership stratégique fondé sur des données probantes pour les services périnataux, les services aux nouveau-nés, aux enfants et aux jeunes en Ontario. Le PCMCH est financé par le gouvernement de l'Ontario.

## Vision

Optimiser la santé et le bien-être de toutes les femmes et personnes enceintes, des nouveau-nés, des enfants, des jeunes et de leurs familles en Ontario.

## Mission

Améliorer les résultats en matière de santé et réduire les inégalités en faisant preuve d'un leadership efficace, en établissant des partenariats de collaboration et en s'appuyant sur des données probantes.

Pour en savoir plus sur le PCMCH, veuillez visiter le site Web (en anglais uniquement)

<https://www.pcmch.on.ca/about-us/>

# Besoins de renseignements supplémentaires

Visiter [hgontario.ca](https://hgontario.ca) ou communiquer avec nous à l'adresse [QualityStandards@OntarioHealth.ca](mailto:QualityStandards@OntarioHealth.ca) pour toute question ou rétroaction sur cette norme de qualité.

**Santé Ontario**  
500–525 University Avenue  
Toronto, Ontario  
M5G 2L3

**Tél. sans frais :** 1-877-280-8538  
**Télétype :** 1-800-855-0511  
**Courriel :** [QualityStandards@OntarioHealth.ca](mailto:QualityStandards@OntarioHealth.ca)  
**Site web :** [hgontario.ca](https://hgontario.ca)

Vous voulez obtenir cette information dans un format accessible?  
1-877-280-8538, ATS 1-800-855-0511, [info@OntarioHealth.ca](mailto:info@OntarioHealth.ca)

ISBN 978-1-4868-8406-3 (PDF)  
© Imprimeur du Roi pour l'Ontario, 2024