



Photo : iStockPhoto

L'accouchement vaginal après césarienne (AVAC)

Auteure

Hélène Langlois, SOGC

Collaborateurs

François Audibert, CHU HSJ
François Beaudoin, CHU HSJ
Emmanuel Bujold, CHUQ
Nils Chaillet, Université de Sherbrooke
Christiane Charest, Hôpital BMP
Guy-Paul Gagné, Hôpital de LaSalle
Robert Gauthier, CHU HSJ
Vyta Senikas, SOGC
Fabien Simard, Hôpital de Chicoutimi

L'utilisation des fiches par les professionnelles et professionnels du réseau de la santé et des services sociaux du Québec est autorisée aux conditions prévues dans REPRODUCTION ET DROITS D'AUTEURS du Portail d'information prénatale à l'adresse suivante : <http://www.inspq.qc.ca/infoprenatale/reproduction-et-droits-d-auteurs>.

Toute autre utilisation doit faire l'objet d'une autorisation du gouvernement du Québec qui détient les droits exclusifs de propriété intellectuelle sur ce document. Cette autorisation peut être obtenue en formulant une demande au guichet central du Service de la gestion des droits d'auteur des Publications du Québec à l'aide d'un formulaire en ligne accessible à l'adresse suivante : <http://www.droitauteur.gouv.qc.ca/autorisation.php> ou en écrivant un courriel à : droit.auteur@cspq.gouv.qc.ca.

Table des matières

Qu'est-ce qu'un AVAC?

- Présentation de l'AVAC
- Quelques chiffres

Facteurs influençant la décision d'une tentative d'AVAC ou d'une césarienne répétée

Quelles sont les chances de réussir un AVAC?

- Facteurs favorables à la réussite de l'AVAC
- Facteurs défavorables à la réussite de l'AVAC

Avantages et risques de l'AVAC et de la césarienne planifiée

- Avantages et bienfaits d'un AVAC réussi
- Inconvénients et risques d'une tentative d'AVAC
- Choisir entre un AVAC ou une césarienne planifiée

Consentement éclairé et prise de décision

- Le *counselling* en début de grossesse
- Au dernier trimestre

Le déclenchement du travail



Messages clés à transmettre aux futurs parents

Ressources et liens utiles

Lexique

Références

Qu'est-ce qu'un AVAC?

Présentation de l'AVAC

L'acronyme AVAC signifie : accouchement vaginal après césarienne. Pour une femme enceinte qui a déjà eu une césarienne, la question se pose : avoir une nouvelle césarienne ou tenter un accouchement vaginal?

S'il n'y a pas de contre-indications et si les raisons ayant conduit à une première césarienne ne se répètent pas, chaque femme peut demander à avoir un essai de travail (EDT). L'essai de travail est une tentative d'accouchement par voie vaginale chez une femme qui a déjà accouché par césarienne.

Les pratiques médicales ont évolué : l'AVAC est maintenant sécuritaire pour la femme et son nouveau-né, permettant ainsi de réduire les complications associées à une autre césarienne. Actuellement, les chances de réussir un AVAC sont d'environ 75 %⁽¹⁾. Il existe toujours un risque d'avoir une césarienne durant le travail, mais ce risque existe pour tout accouchement⁽²⁾.

Quelques chiffres

Les données recueillies par l'Institut canadien d'information sur la santé (ICIS) démontrent que l'incidence de l'EDT a varié de façon importante au cours des dernières années. Au Canada, elle est passée de 21,5 % en 1988 à 49,2 % en 1998, pour ensuite redescendre à 42,9 % en 2003⁽³⁾.

Au Québec, en 2009-2010, le taux d'AVAC, c'est-à-dire le nombre de femmes avec au moins une césarienne antérieure et dont le nouvel accouchement s'est fait par voie vaginale parmi l'ensemble des femmes avec au moins une césarienne antérieure, était de 19,6 %⁽⁴⁾.

Le taux de succès d'un EDT, c'est-à-dire le nombre de femmes avec au moins une césarienne antérieure et dont le nouvel accouchement s'est fait par voie vaginale parmi l'ensemble des femmes avec au moins une césarienne antérieure tentant d'accoucher par voie vaginale, se situe habituellement entre 60 et 80 %.

Facteurs influençant la décision d'une tentative d'AVAC ou d'une césarienne répétée

Lorsque les femmes et leur conjoint sont informés rapidement des circonstances et des facteurs qui ont contribué à un accouchement par césarienne, ils sont davantage en mesure de prendre une décision éclairée sur le mode d'accouchement lors d'une grossesse subséquente⁽⁵⁾.

Le moment où la femme reçoit de l'information sur l'AVAC influence sa décision de tenter un essai de travail : moins de 50 % des femmes prennent la décision de tenter un EDT avant de devenir enceintes⁽⁶⁻¹⁰⁾, alors que de 34 à 39 % des femmes décident de recourir à l'EDT vers le milieu de la grossesse^(6,8,11). La réflexion devrait débuter lors de la période post-partum suivant la césarienne antérieure. C'est également là que devrait être faite la demande d'information concernant la prochaine grossesse. L'information sur l'AVAC donnée tôt au moment de la grossesse est associée à un taux élevé d'EDT^(12,13). Par contre, le manque d'information et de temps accordé par les professionnels pour la discussion est associé à une probabilité accrue de césarienne répétée⁽¹⁴⁻¹⁶⁾.

Les facteurs qui amènent les femmes à tenter un AVAC sont les suivants :

- L'influence du professionnel;
- La durée plus courte du rétablissement et la nécessité de retourner à la maison pour s'occuper d'autres enfants;
- Les valeurs culturelles;
- Leur sécurité et celle du bébé⁽¹⁰⁾;
- L'information écrite et les ressources qui fournissent de l'information additionnelle (p. ex. les lignes directrices publiées par des organismes professionnels ou des outils d'aide à la décision);
- Le désir de vivre l'expérience d'un accouchement vaginal.

Les facteurs qui amènent les femmes à privilégier la césarienne en l'absence de contre-indications au travail sont⁽⁸⁾ :

- La croyance que la probabilité de réussir un accouchement vaginal est faible;
- La crainte de vivre une césarienne d'urgence;
- La crainte de la douleur en travail;
- La crainte de l'inconnu pour les femmes n'ayant jamais vécu l'expérience du travail : une autre césarienne semble plus facile pour elles, car il s'agit d'une expérience déjà vécue, contrairement à l'accouchement vaginal.

Quelles sont les chances de réussir un AVAC?

Les chances de réussite d'un AVAC dépendent essentiellement de la raison de la césarienne antérieure ainsi que de l'évolution de la grossesse actuelle. Le médecin traitant étudiera le dossier médical et fournira toutes les informations nécessaires pour faciliter la décision de tenter ou non un essai de travail.

Facteurs favorables à la réussite de l'AVAC

Les facteurs qui accroissent la probabilité de réussite des AVAC comprennent, entre autres :

- un AVAC antérieur réussi⁽¹⁷⁾;
- un accouchement antérieur par voie vaginale⁽¹⁷⁾;
- un col favorable;
- un travail spontané⁽¹⁸⁾;
- la non-réurrence de l'indication ayant motivé le recours à une césarienne antérieure (p. ex. une présentation par le siège).

De plus, les moyens suivants peuvent favoriser le déroulement optimal de l'accouchement :

- être accompagnée et soutenue durant le travail;
- pratiquer les exercices et les positions qui facilitent la dilatation du col;
- avoir une diète légère et une hydratation permettant aux femmes de conserver leur énergie;
- uriner fréquemment pour vider la vessie;
- utiliser des techniques de relaxation;
- pousser debout, à genoux ou accroupie, varier les positions.

Facteurs défavorables à la réussite de l'AVAC

Les facteurs qui réduisent la probabilité de réussite des AVAC comprennent, entre autres :

- une césarienne antérieure suscitée par une dystocie ou par un travail prolongé;
- la nécessité d'un déclenchement du travail qui exige une maturation du col de l'utérus, principalement par l'utilisation de prostaglandines;
- la nécessité de stimuler le travail;
- un âge gestationnel de plus de 40 semaines⁽¹⁷⁾;
- un poids à la naissance estimé > 4 000 grammes⁽¹⁷⁾;
- un indice de masse corporelle (IMC) maternel > 30 kg/m²;
- un problème de santé durant la grossesse : hypertension, diabète, maladies rénales, prééclampsie⁽¹⁹⁾;
- la tête du fœtus qui n'est pas engagée à terme⁽²⁰⁾.

Avantages et risques de l'AVAC et de la césarienne planifiée

Avantages et bienfaits d'un AVAC réussi⁽¹⁾

Un AVAC réussi présente à peu près les mêmes avantages qu'un accouchement vaginal :

- Satisfaction d'avoir donné naissance par voie vaginale;
- Meilleur taux de réussite lors de l'allaitement à trois mois;
- Mobilité accrue et temps de récupération moins long;
- Diminution des risques de morbidité maternelle et fœtale (II)⁽¹⁷⁾;
- Absence des risques et des complications liés à une nouvelle césarienne;
- Diminution des risques d'hémorragie et de fièvre en post-partum;
- Diminution de la mortalité et de la morbidité néonatales;
- Séjour plus court à l'hôpital (sauf pour les femmes souffrant d'obésité morbide) (III)⁽¹⁷⁾;
- Diminution des frais de santé.

De plus, réussir un AVAC augmente les chances d'accoucher par voie vaginale lors d'une future grossesse.

Inconvénients et risques d'une tentative d'AVAC⁽¹⁾

Les inconvénients et risques d'un AVAC sont similaires à ceux d'un accouchement vaginal :

- Avoir une césarienne en travail;
- Avoir une épisiotomie et de la douleur au périnée;
- Avoir un accouchement assisté (ventouse, forceps).

La rupture utérine :

Dans de rares cas, l'utérus peut se rompre au niveau de la cicatrice de la césarienne antérieure; on parle alors de rupture utérine. La rupture utérine constitue le principal risque de l'EDT. C'est un phénomène qui se produit dans à peine 0,5 % des tentatives d'AVAC^(1,17). Le taux de rupture est plus faible dans le cas d'un travail préterme⁽²¹⁾. Le risque de morbidité périnatale due à une rupture utérine est inférieur à 1 cas pour 1000 tentatives d'AVAC.

Choisir entre un AVAC ou une césarienne planifiée

Un EDT est plus sécuritaire qu'une césarienne planifiée répétée⁽²²⁾ et devrait être favorisé à condition que les critères de sélection des femmes soient judicieusement respectés.

Si l'option de la césarienne est retenue, il est important de la planifier après la 39^e semaine de grossesse afin de diminuer le risque de complications associées à une nouvelle chirurgie.

Les femmes qui donnent naissance par césarienne planifiée après une césarienne antérieure rapportent avoir un sentiment de contrôle plus grand et apprécient que la naissance soit planifiée longtemps à l'avance. De plus, le risque de rupture utérine est moins grand lors d'une césarienne planifiée.

Consentement éclairé et prise de décision

La femme devrait être informée des risques et des avantages de l'EDT, ainsi que de ceux de la césarienne planifiée. Un *counselling* approprié et objectif permet d'augmenter le taux de réussite de l'AVAC sans augmentation des complications (II-2B).

Dans le cadre de l'essai QUARISMA (projet de recherche réalisé dans 32 hôpitaux du Québec entre 2007 et 2011), un taux de 30 % d'EDT a été observé, avec un taux de réussite d'environ 70 %. Ces résultats s'expliquent en partie par la mise en place d'un protocole résultant d'un consensus d'équipe qui met l'accent sur une information à jour disponible pour les femmes et diffusée par les professionnels de la santé pour faciliter le processus de décision éclairé, ainsi que sur la préparation et le soutien durant le travail.

Le *counselling* en début de grossesse

Au début de la grossesse, les points suivants devraient être discutés et documentés dans le cadre du *counselling* qui doit être offert afin de soutenir la prise de décision⁽¹⁶⁾ :

- Résultats de l'évaluation médicale faite au cours de la grossesse afin de vérifier si la femme respecte les critères d'admissibilité à un AVAC et informations cliniques visant à préciser le niveau de risque et les chances de succès de l'AVAC (vérification du protocole opératoire antérieur);
- Après l'examen des facteurs qui ont entraîné la première césarienne et de la situation clinique présente, résultat de l'évaluation de l'admissibilité de la femme à l'AVAC, ainsi que de ses chances de succès;
- Information écrite sur les politiques et les façons de faire du centre où la femme désire accoucher;
- Détermination des objectifs et des désirs de la femme, pour faciliter le processus de décision menant à un choix éclairé;
- Information sur les avantages et les inconvénients de chaque voie d'accouchement, ainsi que sur le déroulement du travail. Le professionnel responsable du suivi peut également remettre un dépliant d'information. Le recours à des outils d'aide à la décision disponibles peut être très utile pour fournir des explications visuelles des risques et des avantages liés à la décision de tenter un essai de travail plutôt qu'une nouvelle césarienne.

Au dernier trimestre

Au dernier trimestre, une évaluation détermine la présence de contre-indications et vérifie si la femme répond aux critères d'admissibilité de l'AVAC. En présence de contre-indications, une césarienne est planifiée à 39 semaines.

Le déclenchement du travail

Afin de favoriser la maturation du col, on peut recourir à des moyens mécaniques. L'utilisation d'une sonde de Foley représente un moyen sécuritaire pour aider à la maturation du col (54 % de réussite)^(1,17).

L'utilisation de prostaglandines pour faire mûrir le col est déconseillée pour un AVAC, car cela peut augmenter le risque de rupture utérine.

Le déclenchement du travail est possible à partir de 41 semaines de grossesse, si le col favorable ou pour toute autre indication médicale.

Les femmes doivent prendre le temps de s'informer auprès du professionnel responsable de leur suivi afin de connaître les bénéfices et les effets secondaires d'un déclenchement et ainsi pouvoir prendre une décision éclairée.

Messages clés à transmettre aux futurs parents

Voici les principaux messages de santé à transmettre à tous les futurs parents, selon un consensus basé sur la recherche scientifique et la pratique professionnelle. Il est à noter que cette section ne constitue pas un résumé de la fiche.

Les messages sont formulés de façon à s'adresser directement aux futurs parents, que ce soit lors d'un suivi individuel ou lors d'une rencontre prénatale de groupe. Ils sont précédés d'un porte-voix et suivis d'une explication plus détaillée. En cliquant sur les mots soulignés dans le texte, vous serez dirigé vers la section de la fiche complète qui traite de ce thème.



La plupart des femmes peuvent avoir un AVAC.

Les chances de réussite dépendent essentiellement de la raison de la césarienne antérieure ainsi que de l'évolution de la grossesse actuelle. Les chances de réussir un AVAC sont d'environ 75 %.

Planifiez une discussion avec le professionnel responsable du suivi de votre grossesse pour évaluer si un AVAC est indiqué. Informez-vous à propos des avantages et des inconvénients d'un AVAC ou d'une césarienne. Prenez aussi le temps de vous renseigner sur les politiques en vigueur concernant l'AVAC au centre de naissance où vous prévoyez accoucher.



L'AVAC est sécuritaire.

Les pratiques médicales ont évolué : si les conditions nécessaires sont présentes, l'AVAC est maintenant sécuritaire pour la femme et son nouveau-né, et permet de réduire les complications associées à une autre césarienne.

Ressources et liens utiles

NOTE : Les adresses, noms d'organismes ou documents mentionnés dans cette section ont retenu l'attention des différents partenaires ayant collaboré à la rédaction de cette fiche en raison de leur pertinence. Toutefois, il ne s'agit nullement d'une liste exhaustive et les contenus qui y sont développés n'engagent ni la responsabilité des différents partenaires ni celle de l'Institut national de santé publique du Québec.

Lignes directrices de la Société des obstétriciens et gynécologues du Canada sur l'accouchement vaginal chez les patientes ayant déjà subi une césarienne

Ces lignes directrices ont été revues par le Comité de médecine fœto-maternelle et le Comité de pratique clinique-obstétrique, et elles ont été approuvées par le Conseil de la Société des obstétriciens et gynécologues du Canada :

<http://sogc.org/wp-content/uploads/2013/02/155F-CPG-Fevrier20051.pdf>.

Partir du bon pied

Ce livre est le guide de la Société des obstétriciens et gynécologues du Canada sur la grossesse, l'accouchement et la période postnatale. Les informations y sont présentées étape par étape; elles s'étalent de la préconception à la naissance du bébé :

http://sogc.org/healthybeginnings/index_f.html.

Site de la Société des obstétriciens et gynécologues du Canada

<http://sogc.org/fr/>.

Site VBAC.com (en anglais)

Une ressource Internet basée sur les preuves et centrée sur les femmes :

www.vbac.com/.

Association Césarine : échange, soutien et information autour de la césarienne

Pour tous ceux qui se sentent concernés par la césarienne, et qui ne se contentent pas d'entendre que « l'essentiel, c'est que la maman et le bébé aillent bien » :

www.cesarine.org.

Childbirth Connection (site en anglais)

Pour aider les femmes et les professionnels de la santé à prendre une décision éclairée :

www.childbirthconnection.org/.

Site de l'Association pour la santé publique du Québec (ASPQ)

www.aspq.org.

Mieux vivre avec notre enfant de la grossesse à deux ans

Guide publié par l'Institut national de santé publique du Québec :

www.inspq.qc.ca/MieuxVivre/.

Une autre césarienne ou un AVAC? S'informer pour mieux décider

Hélène Vadeboncoeur, 2012. Fides, Montréal.

Lexique

Col favorable :

Col mince et dilaté à 3-4 centimètres.

Dystocie :

Dilatation du col inférieure à 0,5 centimètre/heure pendant plus de 4 heures.

Épisiotomie :

Acte chirurgical consistant à ouvrir le périnée au moment de l'accouchement afin de laisser passer l'enfant.

Prééclampsie (ou toxémie gravidique):

Hypertension artérielle gravidique qui apparaît dans la deuxième moitié de la grossesse. Elle est caractérisée par une pression systolique supérieure à 140 mm Hg ou une pression diastolique supérieure à 90 mm Hg, combinée avec une protéinurie (présence de protéines dans les urines). Le terme « prééclampsie » fait référence au fait qu'il s'agit d'une condition clinique qui, lorsqu'elle n'est pas prise en charge, peut évoluer vers l'éclampsie, laquelle se manifeste par l'apparition de convulsions et constitue une situation d'urgence vitale.

Rupture utérine :

Séparation ou déchirure complète du myomètre du muscle utérin, avec ou sans expulsion du fœtus dans la cavité péritonéale de la mère.

Sonde de Foley :

Tube qui sert à vider la vessie et qui est inséré par les voies naturelles (le méat urinaire). La sonde de Foley est aussi utile dans un autre contexte : lorsqu'elle est insérée à l'intérieur du col utérin, elle peut se révéler efficace pour accélérer la maturation du col utérin et déclencher le travail.

Tête non engagée :

Tête du fœtus qui est haute dans le bassin maternel.

Travail préterme :

Travail qui débute avant 37 + 0 semaines de grossesse.

Références

- (1) MARTEL, M., et C. J. MACKINNON (2005). « Directive clinique sur l'accouchement vaginal chez les patientes ayant déjà subi une césarienne. Directive clinique de la SOGC n° 155. », *Journal of Gynaecology and Obstetrics*, vol. 27, p. 164-174.
- (2) MILLER, D. A., F. G. DIAZ et R. H. PAUL (1994). « Vaginal birth after cesarean : a 10-year experience », *Obstetrics & Gynecology*, vol. 84, n° 2, p. 255-258.
- (3) INSTITUT CANADIEN D'INFORMATION SUR LA SANTÉ (2007). *Donner naissance au Canada : Tendances régionales.*, Ottawa, ICIS.
- (4) MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX (2010). *Statistiques accouchements et naissances. Système de maintenance et d'exploitation des données pour l'étude de la clientèle hospitalière (MED-ECHO)*, Québec, Ministère de la Santé et des Services sociaux.
- (5) NHS INSTITUTE FOR INNOVATION AND IMPROVEMENT (2006). *Delivering quality and value. Focus on: caesarean section.*, Coventry, NHS Institute for Innovation and Improvement.
- (6) MURPHY, M. C., et S. M. HARVEY (1989). « Choice of a childbirth method after cesarean », *Women & Health*, vol. 15, n° 2, p. 67-86.
- (7) LAU, T. K., S. H. WONG et C. Y. LI (1996). « A study of patients' acceptance towards vaginal birth after caesarean section », *Australian and New Zealand journal of obstetrics and gynaecology*, vol. 36, n° 2, p. 155-158.
- (8) KIRK, E. P., K. A. DOYLE, J. LEIGH et M. L. GARRARD (1990). « Vaginal birth after cesarean or repeat cesarean section : medical risks or social realities? », *American journal of obstetrics and gynecology*, vol. 162, n° 6, p. 1398-1405.
- (9) FAWCETT, J., L. TULMAN et J. PERRY SPEDDEN (1994). « Responses to vaginal birth after cesarean section », *Journal of Obstetric, Gynecologic, & Neonatal Nursing*, vol. 23, n° 3, p. 253-259.
- (10) EDEN, K. B., J. N. HASHIMA, P. OSTERWEIL, P. NYGREN et J.-M. GUISE (2004). « Childbirth preferences after cesarean birth : a review of the evidence », *Birth*, vol. 31, n° 1, p. 49-60.
- (11) MOFFAT, M. A., J. S. BELL, M. A. PORTER, S. LAWTON, V. HUNDLEY, P. DANIELIAN et S. BHATTACHARYA (2007). « Decision making about mode of delivery among pregnant women who have previously had a caesarean section : A qualitative study », *BJOG: An International Journal of Obstetrics & Gynaecology*, vol. 114, n° 1, p. 86-93.
- (12) SELO-OJEME, D., N. ABULHASSAN, R. MANDAL, S. TIRLAPUR et U. SELO-OJEME (2008). « Preferred and actual delivery mode after a cesarean in London, UK », *International Journal of Gynecology & Obstetrics*, vol. 102, n° 2, p. 156-159.

- (13) FRASER, W., E. MAUNSELL, E. HODNETT et J. M. MOUTQUIN (1997). « Randomized controlled trial of a prenatal vaginal birth after cesarean section education and support program », *American journal of obstetrics and gynecology*, vol. 176, n° 2, p. 419-425.
- (14) RENNER, R. M., K. B. EDEN, P. OSTERWEIL, B. K. CHAN et J. M. GUISE (2007). « Informational factors influencing patient's childbirth preferences after prior cesarean », *American journal of obstetrics and gynecology*, vol. 196, n° 5, p. e14-e16.
- (15) GUISE, J. M., M. BERLIN, M. McDONAGH, P. OSTERWEIL, B. CHAN et M. HELFAND (2004). « Safety of vaginal birth after cesarean : a systematic review », *Obstetrics & Gynecology*, vol. 103, n° 3, p. 420-429.
- (16) CLEARY-GOLDMAN, J., K. CORNELISSE, L. L. SIMPSON et J. N. ROBINSON (2005). « Previous cesarean delivery : understanding and satisfaction with mode of delivery in a subsequent pregnancy in patients participating in a formal vaginal birth after cesarean counseling program », *American journal of perinatology*, vol. 22, n° 04, p. 217-221.
- (17) CUNNINGHAM, F. G., S. BANGDIWALA, S. S. BROWN, T. M. DEAN, M. FREDERIKSEN, C. J. ROWLAND HOGUE, T. KING, E. SPENCER LUKACZ, L. B. McCULLOUGH et W. NICHOLSON (2010). « Vaginal birth after cesarean : New insights », dans *National Institutes of Health Consensus Development Conference*, p. 1279-1295.
- (18) COLEMAN, T. L., H. RANDALL, W. GRAVES et M. LINDSAY (2001). « Vaginal birth after cesarean among women with gestational diabetes », *American journal of obstetrics and gynecology*, vol. 184, n° 6, p. 1104-1107.
- (19) GROBMAN, W. A. (2010). « Rates and prediction of successful vaginal birth after cesarean », dans *Seminars in perinatology*, Elsevier, p. 244-248.
- (20) GREGORY, K. D., L. M. KORST, M. FRIDMAN, I. SHIHADY, P. BROUSSARD, A. FINK et L. BURNES BOLTON (2008). « Vaginal birth after cesarean : clinical risk factors associated with adverse outcome », *American journal of obstetrics and gynecology*, vol. 198, n° 4, p. 452-4e1.
- (21) DURNWALD, C. P., D. J. ROUSE, K. J. LEVENO, C. Y. SPONG, C. MACPHERSON, M. W. VARNER, A. H. MOAWAD, S. N. CARITIS, M. HARPER et R. J. WAPNER (2006). « The Maternal-Fetal Medicine Units Cesarean Registry : safety and efficacy of a trial of labor in preterm pregnancy after a prior cesarean delivery », *American journal of obstetrics and gynecology*, vol. 195, n° 4, p. 1119-1126.
- (22) WEN, S. W., I. D. RUSEN, M. WALKER, R. LISTON, M. S. KRAMER, T. BASKETT, M. HEAMAN, S. LIU et MATERNAL HEALTH STUDY GROUP, CANADIAN PERINATAL SURVEILLANCE SYSTEM (octobre 2004). « Comparison of maternal mortality and morbidity between trial of labor and elective cesarean section among women with previous cesarean delivery », *American Journal of Obstetrics and Gynecology*, vol. 191, n° 4, p. 1263-1269.

Les personnes suivantes ont participé à la rédaction des fiches

Fiche	Auteure	Collaborateurs
L'accouchement vaginal après césarienne (AVAC)	Hélène Langlois infirmière et gestionnaire à la SOGC, coordination et rédaction	<p>François Audibert, médecin CHU Sainte-Justine</p> <p>François Beaudoin, médecin obstétricien-gynécologue, CHU Sainte-Justine</p> <p>Emmanuel Bujold, médecin, professeur-chercheur, CHU de Québec</p> <p>Nils Chaillet, chercheur pour l'essai QUARISMA, Université de Sherbrooke</p> <p>Christiane Charest, infirmière, Hôpital Brome-Missiquoi-Perkins de Cowansville</p> <p>Guy-Paul Gagné, médecin obstétricien-gynécologue, directeur du programme AMPRO, Hôpital de LaSalle, Montréal</p> <p>Robert Gauthier, médecin obstétricien-gynécologue, CHU Sainte-Justine</p> <p>Vyta Senikas, médecin obstétricienne-gynécologue, directrice du programme professionnel et vice-présidente SOGC</p> <p>Fabien Simard, médecin obstétricien-gynécologue, Hôpital de Chicoutimi</p>

Le comité d'accompagnement scientifique

Un comité d'accompagnement scientifique a été mis en place afin de suivre l'ensemble des travaux. Il est présidé par l'INSPQ et composé de représentantes des organisations suivantes :

- Association des omnipraticiens en périnatalité du Québec;
- Ordre des infirmières et infirmiers du Québec;
- Ordre des sages-femmes du Québec;
- Ordre professionnel des diététistes du Québec;
- Info-Santé;
- Association pour la santé publique du Québec;
- Ordre des pharmaciens du Québec;
- Ordre des travailleurs sociaux et des thérapeutes conjugaux et familiaux du Québec;
- Ordre des psychologues du Québec;
- Ministère de la Santé et des Services sociaux.