



Illustration : Sophie Casson

La césarienne

Auteure

Hélène Langlois, SOGC

Collaborateurs

Julie Bonapace, consultante
Nils Chaillet, Université de Sherbrooke
Guy-Paul Gagné, Hôpital de LaSalle
Robert Gauthier, CHU HSJ
Jean-Marie Moutquin, CHUS, INESSS
Vyta Senikas, SOGC

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'une césarienne?

Quelques chiffres

Les indications de césarienne

- Les causes les plus fréquentes
- La césarienne de convenance sans indication médicale
 - Mythes et réalités concernant l'accouchement vaginal et la césarienne
- Les cas où la césarienne est essentielle et urgente

Les risques associés à la césarienne

- Les risques de la césarienne pour la mère
- Les risques de la césarienne pour le bébé
- Pourquoi est-il préférable d'attendre au moins à 39 semaines de grossesse?

Tout ce qui entoure la chirurgie et le séjour hospitalier

- Les préparatifs à la césarienne
- La césarienne
- La période suivant immédiatement la césarienne
 - Pour prévenir une césarienne lors d'une prochaine grossesse
- Les jours après la césarienne
- Conseils pour le retour à la maison

Comment prévenir une césarienne

- Avant et pendant la grossesse
- En fin de grossesse
- Lors de l'accouchement

L'accouchement vaginal après césarienne : l'AVAC

- Les avantages d'un AVAC
- Les inconvénients et risques d'un AVAC



Messages clés à transmettre aux futurs parents

Ressources et liens utiles

Lexique

Références

Qu'est-ce qu'une césarienne?

La césarienne est une opération qui consiste à faire une incision dans l'utérus de la femme afin d'en extraire le bébé. La césarienne reste une intervention indispensable pour diminuer la morbidité maternelle et fœtale⁽¹⁾ en cas de diagnostic défavorable à un accouchement vaginal ou en cas de complications lors du travail.

Si la césarienne semble de plus en plus donner une impression de sécurité aux femmes et aux praticiens, plusieurs études ont mis en évidence qu'elle est associée à une augmentation de la morbidité maternelle et périnatale, particulièrement à long terme, chez l'ensemble des femmes⁽²⁾ ainsi que chez les femmes à faible risque⁽²⁻⁵⁾.

Spécialement en Amérique du Nord, plusieurs études ont montré qu'un taux élevé de césariennes ne contribue pas à améliorer la santé des femmes et de leur bébé. Certaines études ont également mis en évidence une association entre l'accouchement par césarienne et un risque plus élevé de complications maternelles et fœtales chez les femmes à faible risque^(3,6-8).

Dans tous les cas, une césarienne devrait être pratiquée uniquement afin d'assurer le bien-être de la mère et du bébé, et on ne devrait y recourir que si des problèmes ou des risques pour la santé maternelle et néonatale sont clairement présents.

Quelques chiffres

Le taux de césariennes ne cesse d'augmenter dans les pays industrialisés. Bien que l'Organisation mondiale de la santé (OMS) recommande qu'au plus 15 % des accouchements soient faits par césarienne⁽⁹⁾, ce taux a évolué de 21,2 à 26,3 % au Canada de 2000 à 2006⁽¹⁰⁾. Au Québec, le taux de césariennes est passé de 18,5 à 23,2 % de 2000 à 2009 (césariennes primaires : 13,9 %; césariennes planifiées : 9,3 %)⁽¹¹⁾.

Les indications de césarienne

Les causes les plus fréquentes

Quatre raisons sont à l'origine de 90 % des césariennes au Québec :

- Les césariennes antérieures;
- Les arrêts de dilatation ou de descente du bébé (dystocie);
- Les présentations anormales (dont la présentation du siège);
- Les cas où la fréquence cardiaque fœtale est atypique ou anormale^(12,13).

Cependant, dans chacune de ces situations, la césarienne n'est pas la seule option.

Parfois, la césarienne est le résultat d'une cascade d'interventions obstétricales réalisées en fin de grossesse lors de l'admission en salle d'accouchement, ou lors du début du travail, menant à une césarienne d'urgence durant le travail.

La césarienne de convenance sans indication médicale

Certaines femmes ou certains professionnels de la santé optent pour l'accouchement par césarienne planifiée plutôt que de tenter un accouchement vaginal. La Société des obstétriciens et gynécologues du Canada (SOGC) s'inquiète du fait que les césariennes planifiées et les interventions médicales systématiques deviennent une tendance émergente⁽¹⁴⁾.

Il arrive que le choix de recourir à la césarienne s'appuie sur des mythes plutôt que sur des raisons qui correspondent à la réalité.

Mythes et réalités concernant l'accouchement vaginal et la césarienne

- **Mythe** : L'accouchement vaginal est plus dangereux pour le bébé.
Réalité : La césarienne est associée à une plus grande morbidité néonatale que l'accouchement vaginal.
- **Mythe** : L'accouchement vaginal provoque de la douleur, il entraîne une perte de contrôle, et toutes les femmes n'ont pas la capacité d'accoucher par voie naturelle.
Réalité : La douleur est propre à chaque femme, et il est impossible de prévoir les réactions individuelles et le seuil de tolérance. Les femmes ressentent moins d'anxiété et de crainte lorsqu'elles sont bien informées des diverses stratégies permettant de faciliter le travail et l'accouchement et qu'elles sont bien préparées et accompagnées.
- **Mythe** : L'accouchement vaginal peut entraîner davantage de dommages périnéaux (incontinence urinaire et relâchement du plancher pelvien).
Réalité : Il n'y a aucune preuve scientifique que la césarienne prévient l'incontinence.

- **Mythe** : Les examens vaginaux sont douloureux.
Réalité : Les examens vaginaux sont faits par des intervenants de santé expérimentés et soucieux de l'intimité de la femme. L'inconfort associé à l'examen vaginal est de courte durée et est très rarement associé à la douleur.
- **Mythe** : Il peut y avoir un manque de soutien de la part des intervenants de santé lors de l'accouchement vaginal.
Réalité : Le soutien durant le travail englobe la compassion et l'accompagnement offerts par l'infirmière ou la sage-femme à la femme durant son travail et son accouchement. Une autre personne significative pour la femme ou une accompagnante peut également jouer ce rôle.
- **Mythe** : La décision de recourir à une césarienne peut être prise pour une raison pratique, c'est-à-dire pour planifier la date de naissance de l'enfant.
Réalité : En raison des erreurs de datation de l'âge gestationnel et du risque de conséquences néfastes associées à la prématurité, cette raison ne devrait pas être prise en considération.
- **Mythe** : La césarienne permet une meilleure vie sexuelle après la naissance.
Réalité : Six mois après la naissance, les femmes qui ont eu une césarienne et celles qui n'en ont pas eu ont une vie sexuelle similaire.
- **Croyance** : La césarienne retarde les premiers contacts avec le bébé.
Réalité : Vrai et faux. Bien que la plupart des hôpitaux encouragent le contact peau à peau entre la mère et son bébé dès la naissance, les routines des salles d'opération et des salles de réveil retardent, dans bien des cas, les premiers contacts avec le bébé.
- **Mythe** : La césarienne est la seule façon d'accoucher d'un « gros » bébé.
Réalité : Actuellement, aucun test ne peut prédire précisément le poids d'un bébé. Ce n'est que pendant le travail que l'on peut déterminer qu'une césarienne s'avère nécessaire. Exceptionnellement, par exemple dans les cas de diabète, la décision peut être prise avant le travail.
- **Mythe** : La césarienne est inévitable si le bébé se présente par le siège ou si on attend des jumeaux.
Réalité : Il est vrai que la plupart des bébés se présentant par le siège naissent auparavant par césarienne, mais les associations médicales recommandent aujourd'hui que, dans certaines circonstances, on pratique un accouchement vaginal (voir fiche *Accouchement du siège*). Il est aussi souvent possible d'accoucher de jumeaux par voie vaginale.
- **Mythe** : « Césarienne un jour, césarienne toujours. »
Réalité : La grande majorité des femmes qui ont déjà eu une césarienne peuvent accoucher naturellement par la suite. C'est ce qu'on appelle un accouchement vaginal après césarienne (AVAC) (voir fiche AVAC).

Les cas où la césarienne est essentielle et urgente

Voici les cas où la césarienne est essentielle et urgente :

- Présence d'un placenta prævia;
- Procidence du cordon ombilical.

Les risques associés à la césarienne

La plupart des césariennes ne présentent aucun problème. Mais, comme toute opération majeure, elle comporte certains risques, faibles ou élevés selon le cas, pour la mère ou pour le bébé.

Les risques de la césarienne sont les suivants^(1,10,15,16) :

Les risques de la césarienne pour la mère

À court terme :

- Douleur postopératoire;
- Infection de la plaie et de l'utérus;
- Saignement accru, nécessité de transfusion sanguine;
- Traumatismes à la vessie et aux intestins, et infections urinaires;
- Problème d'initiation et de maintien de l'allaitement;
- Admission aux soins intensifs durant l'hospitalisation post-partum;
- Retour à l'hôpital après le congé post-partum;
- Thrombo-embolie veineuse profonde et embolie pulmonaire;
- Mortalité maternelle.

À long terme :

- Problèmes d'adhérence qui peuvent causer une douleur persistante à l'endroit de la cicatrice et lors des relations sexuelles, en plus de provoquer des problèmes intestinaux graves;
- Problèmes lors d'une grossesse subséquente :
- Grossesse ectopique;
- Placenta prævia;
- Placenta accreta;
- Décollement prématuré du placenta;
- Rupture utérine.

Les risques de la césarienne pour le bébé

À court terme :

- Blessure faite par un instrument chirurgical;
- Troubles respiratoires transitoires, surtout si la césarienne est faite avant 39 semaines de grossesse.

À long terme :

- Asthme;
- Allergies.

Pourquoi est-il préférable d'attendre au moins à 39 semaines de grossesse?

Lorsque la situation maternelle et fœtale le permet, une césarienne ne devrait être planifiée qu'à partir de 39 semaines de grossesse⁽¹⁾ afin d'éviter une naissance prématurée. Un bébé né prématurément court plus de risques de problèmes respiratoires.

Tout ce qui entoure la chirurgie et le séjour hospitalier

Les préparatifs à la césarienne

Lors d'une césarienne planifiée, l'entrée à l'hôpital se fait le matin de la chirurgie. Il est possible que l'infirmière rase la zone au-dessus de la démarcation des poils pubiens, où l'incision sera pratiquée. Une sonde est insérée dans la vessie afin que l'urine ne s'y accumule pas durant la chirurgie. Un cathéter est mis en place dans une veine de la main ou de l'avant-bras afin de permettre la transfusion d'un soluté intraveineux. Ce soluté permet l'hydratation ainsi que l'administration de médicaments durant la chirurgie^(7,14).

La césarienne

La césarienne se fait sous anesthésie régionale (péridurale, dans la plupart des cas, ou rachidienne), administrée par un anesthésiste. En cas d'extrême urgence, la césarienne pourra se faire sous anesthésie générale. Un grand drap est placé pour que la femme ne voie pas la chirurgie. Lorsque la femme a perdu la sensation de douleur sur le ventre, une première incision est pratiquée pour ouvrir la peau. Une seconde incision ouvrira la paroi de l'utérus et permettra au médecin de sortir le bébé. L'incision est généralement horizontale, car elle est associée à moins de saignement, de douleur et de risque de rupture de l'utérus lors d'une prochaine grossesse. Il est possible qu'une pression soit ressentie au moment de la sortie du bébé^(7,15). L'utérus est ensuite fermé avec des sutures qui seront absorbées par le corps (points fondants). La peau est habituellement fermée avec des agrafes qui seront retirées quelques jours après la césarienne.

Sauf en situation d'extrême urgence, le conjoint peut accompagner la femme à la salle de césarienne. La femme a les mains libres afin de toucher son bébé et son conjoint. Il est possible que la mère ou son conjoint puisse profiter d'un premier contact peau à peau dès la naissance du bébé.

Lorsqu'une césarienne devient nécessaire en cours de travail en raison du niveau d'urgence, la même procédure est appliquée. La femme est informée au fur et à mesure des interventions et du déroulement de la césarienne.

La période suivant immédiatement la césarienne

Après la chirurgie, la femme est transférée dans une chambre de récupération, communément appelée salle de réveil. Afin d'éviter la séparation de la mère et du nouveau-né, des protocoles sont maintenant en place afin que le bébé et le père puissent accompagner la mère dans la salle de réveil. Généralement, tout comme lors d'un accouchement vaginal, le bébé est placé en contact peau à peau avec la mère, et l'allaitement peut être débuté rapidement, pourvu que l'état de la mère soit stable et qu'elle désire allaiter.

Si la mère ne peut pas prendre son bébé, on peut suggérer au père de le faire; le contact peau à peau avec le père comporte l'avantage de diminuer la perte de chaleur du bébé et de favoriser le lien d'attachement. Si le père ne peut pas demeurer avec la mère à la salle de réveil, on lui demande d'amener le bébé à la pouponnière ou dans la chambre de la mère et de demeurer avec lui jusqu'à ce que la mère les rejoigne; le père peut ainsi continuer le contact peau à peau.

Pour prévenir une césarienne lors d'une prochaine grossesse

Lorsque les femmes et leur conjoint sont informés durant la période postnatale des circonstances et des facteurs qui ont contribué à une première césarienne, ils sont plus en mesure de prendre une décision éclairée sur le mode d'accouchement lors d'une grossesse subséquente.

Les médecins et les sages-femmes doivent discuter avec les parents des événements survenus lors du travail et de la césarienne. Les femmes devraient recevoir de l'information sur les circonstances et les facteurs qui ont entraîné la césarienne. Une copie du dossier obstétrical devrait être remise au médecin de famille responsable des soins de la femme afin de faciliter le processus de partage d'information⁽¹⁴⁾.

Les jours après la césarienne

Après la chirurgie et selon l'état physique de la mère, il est conseillé de tenter un premier lever au fauteuil quelques heures après la césarienne. La sonde sera enlevée environ 24 heures après la césarienne. Dès que l'alimentation est possible, le soluté peut aussi être enlevé. Les agrafes sont retirées quelques jours après la césarienne; l'infirmière peut alors appliquer des diachylons de rapprochement, que la femme enlèvera sous la douche après quelques jours.

La durée du séjour hospitalier varie de 2 à 3 jours. Durant cette période, en plus des soins postopératoires, on procédera à une évaluation postnatale, qui se penche sur ces éléments :

- État des seins et des mamelons de la femme;
- Quantité et nature des lochies (saignements après la naissance);
- Involution utérine (hauteur et grosseur de l'utérus);
- Surveillance de la plaie;
- Capacité d'uriner et d'aller à la selle.

La période après une césarienne est aussi une période d'adaptation, au cours de laquelle il est important que la femme et son bébé bénéficient d'une surveillance étroite et d'un soutien adapté à leurs besoins. Ainsi, le personnel infirmier du centre hospitalier offre du :

- soutien au confort physique (aller à la douche, se lever et se déplacer);
- soutien et enseignement concernant l'allaitement;
- soutien et enseignement pour les soins du bébé.

Conseils pour le retour à la maison

Les femmes qui ont eu une césarienne se rétabliront plus lentement que celles qui ont accouché par voie vaginale; elles auront besoin de repos, de bien s'alimenter et de s'hydrater^(7,15).

Comment prévenir une césarienne

Voici quelques moyens pour réduire le risque de césarienne⁽¹⁷⁾.

Avant et pendant la grossesse

La période préconceptionnelle ainsi que les trois premiers mois de grossesse sont des périodes pendant lesquelles une femme peut réduire les risques pour sa santé et celle de son bébé en faisant de bons choix.

La période où le fœtus est le plus vulnérable est celle où bon nombre de femmes ne savent pas encore qu'elles sont enceintes. Les rencontres préconceptionnelles permettent de s'assurer de la bonne santé d'une femme. Les antécédents médicaux peuvent avoir des effets néfastes sur la grossesse et son issue. Le diabète, l'hypertension et le surplus de poids ont une incidence sur le travail et l'accouchement. De bonnes habitudes alimentaires, le non-tabagisme, l'activité physique et une bonne hygiène de vie améliorent l'issue de la grossesse lors du travail et de l'accouchement, et diminuent les risques d'une première césarienne.

La femme doit être suivie par un médecin (médecin de famille ou gynécologue-obstétricien) ou une sage-femme. Elle doit se préparer à l'accouchement en se tenant en forme, en assistant à des rencontres prénatales et en faisant un plan de naissance.

En fin de grossesse

- Lorsque le bébé se présente par le siège, la femme peut demander qu'on tente une version (autour de la 36^e semaine) afin de retourner le bébé en présentation céphalique (la tête se présentant en premier);
- Si une césarienne est recommandée, la femme devrait en connaître la raison ainsi que, le cas échéant, les alternatives possibles;
- Généralement, le départ vers le lieu de l'accouchement doit être retardé le plus longtemps possible. La femme devrait attendre que les contractions soient aux 5 minutes et d'une durée de 45 à 60 secondes, et ce, depuis au moins 1 heure, ou attendre qu'il y ait une perte de liquide amniotique. La femme peut demeurer à la maison tant et aussi longtemps qu'elle est à l'aise et qu'elle peut se reposer (voir fiche *Travail et accouchement*, section *À propos de la phase de latence*). Chaque femme devrait vérifier avec son médecin ou sa sage-femme si elle présente une condition qui nécessite qu'elle se rende plus rapidement au lieu d'accouchement prévu;
- Prévoir un accompagnement pendant l'accouchement. Un soutien continu pendant le travail diminue le risque de césarienne (voir Fiche *Travail et accouchement*, section *L'accompagnement en cours de travail*).

Lors de l'accouchement (voir fiche *Travail et accouchement*, section *Les mesures de base facilitant le processus de la naissance*)

Pendant le travail, la femme doit être incitée à :

- rester active, continuer à marcher et à changer de position le plus longtemps possible;
- prendre un bain;
- manger et boire selon le besoin;
- être accompagnée par une personne significative;
- durant la poussée, privilégier une position verticale et diversifier les positions (debout, assise ou accroupie).

À moins d'être indiquées, les mesures suivantes sont à éviter :

- admettre les femmes en phase de latence;
- déclencher le travail avant 41 semaines ou avant que le col soit favorable;
- recourir au tracé d'admission et au monitoring continu;
- procéder à la rupture des membranes sans raison médicale;
- administrer une péridurale sans une période de soutien préalable et avant que les autres moyens non pharmacologiques de soulagement de la douleur (massage, positions, ballon, bain, déviation de l'attention, renforcement positif) aient atteint leur limite;
- imposer une limite de temps lors de la poussée active;
- imposer la position couchée sur le dos.

L'accouchement vaginal après césarienne : l'AVAC^(1,13,16)

La plupart des femmes peuvent avoir un AVAC. Les chances de réussite dépendent essentiellement de la raison de la césarienne antérieure et de l'évolution de la grossesse actuelle, qui doit être constamment réévaluée jusqu'à l'accouchement.

Selon certains critères d'admissibilité, un essai de travail est jugé sécuritaire pour la femme et son bébé et ne comporte pas les risques associés à une seconde césarienne. Les femmes doivent discuter avec leur médecin de leurs chances de réaliser un accouchement vaginal avec succès.

Les avantages d'un AVAC

Un AVAC présente à peu près les mêmes avantages qu'un accouchement vaginal. En plus de la satisfaction d'avoir donné naissance par voie naturelle, l'AVAC permet un contact peau à peau immédiat et soutenu avec le bébé, un allaitement précoce et une plus grande mobilité.

Les inconvénients et risques d'un AVAC

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

- Avoir une césarienne durant le travail;
- Avoir une épisiotomie;
- Ressentir de la douleur au niveau du périnée.

Les risques de décès du nouveau-né sont faibles et sont comparables à ceux d'un accouchement vaginal pour un premier enfant.

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 césarienne est une intervention chirurgicale majeure et ne doit être considérée qu'en présence d'indications médicales claires.

Votre sécurité et celle de votre bébé devraient être le facteur principal justifiant la décision de procéder à une césarienne.

Lorsqu'une césarienne est envisagée, vous devriez obtenir des renseignements justes, précis et complets concernant les options en vue de l'accouchement. Vous pourrez ainsi prendre une décision éclairée.



Il existe des moyens de prévenir la césarienne.

Pour augmenter vos chances de donner naissance par voie vaginale, il est suggéré de bien vous préparer durant votre grossesse. Un suivi de grossesse régulier et de saines habitudes de vie améliorent l'issue de grossesse et peuvent réduire les possibilités de césarienne.

Durant le travail, vous êtes encouragée à être accompagnée par une personne significative, à rester active, à marcher, à changer de position, à manger et à boire selon le besoin. Tout cela maximisera les chances de réussite de l'accouchement vaginal.

L'accouchement comprend toutefois des éléments imprévisibles. Personne ne peut prédire le résultat final. Un événement peut survenir et la décision de procéder à une césarienne peut alors être prise.



Le fait qu'une femme ait vécu un accouchement par césarienne ne signifie pas qu'elle devra accoucher par césarienne lors d'une prochaine grossesse.

Il est important de discuter de ses chances d'accoucher par voie vaginale lors d'une prochaine grossesse. Cette discussion doit être faite immédiatement après la première césarienne, lors de la période postnatale.

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.

Donner naissance au Canada : Tendances régionales de 2001–2002 à 2005–2006

Publié par l'Institut canadien d'information sur la santé :
https://secure.cihi.ca/free_products/childbirth_aib_070725_f.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

Ce site indique ce qu'on doit savoir sur la césarienne :
<http://sogc.org/fr/césarienne>.

Les soins à la mère et au nouveau-né dans une perspective familiale : Lignes directrices nationales

Ces lignes directrices établissent des principes généraux et des précisions sur la grossesse, le travail et l'accouchement dans une perspective familiale. Elles montrent que la culture et les modes de fonctionnement des établissements de santé influencent les pratiques de soins offerts aux femmes. Ce document de Santé Canada discute des meilleurs modes d'accouchement selon les données probantes :
http://www.phac-aspc.gc.ca/hp-ps/dca-dea/publications/pdf/bkgrdcon_f.pdf.

La césarienne

Site de l'association pour la santé publique du Québec (ASPQ) :
<http://www.aspq.org/documents/file/4-cesarienne.pdf>.

Lexique

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.

Grossesse ectopique :

Grossesse qui se développe lorsque l'embryon se loge dans une trompe de Fallope plutôt que de migrer vers l'utérus.

Placenta accreta :

Placenta qui ne se décolle pas de lui-même après la naissance, entraînant un recours possible à l'hystérectomie lorsque les saignements deviennent trop abondants.

Placenta prævia :

Placenta inséré trop bas dans l'utérus, ce qui peut provoquer des saignements importants durant la grossesse et entraîner une césarienne d'urgence.

Procidence du cordon :

Présence, avant la naissance du bébé, du cordon ombilical dans le vagin, situation qui exige une césarienne d'urgence.

Thrombo-embolie veineuse et embolie pulmonaire :

Présence d'un caillot circulant dans le sang. L'embolie pulmonaire est une complication de la thrombose veineuse profonde.

Références

- (1) SOCIÉTÉ DES OBSTÉTRICIEUS ET GYNÉCOLOGUES DU CANADA (2010). *Manuel d'intervention Quarisma*, Ottawa, Société des obstétriciens et gynécologues du Canada.
- (2) ANNIBALE, D. J., T. C. HULSEY, C. L. WAGNER et W. M. SOUTHGATE (1995). « Comparative neonatal morbidity of abdominal and vaginal deliveries after uncomplicated pregnancies », *Archives of pediatrics & adolescent medicine*, vol. 149, n° 8, p. 862.
- (3) ALLEN, V. M., C. M. O'CONNELL, R. M. LISTON et T. F. BASKETT (2003). « Maternal morbidity associated with cesarean delivery without labor compared with spontaneous onset of labor at term », *Obstetrics & Gynecology*, vol. 102, n° 3, p. 477-482.
- (4) LILFORD, R. J., H. A. GROOT, P. J. MOORE et P. BINGHAM (1990). « The relative risks of caesarean section (intrapartum and elective) and vaginal delivery : a detailed analysis to exclude the effects of medical disorders and other acute pre-existing physiological disturbances », *BJOG : An International Journal of Obstetrics & Gynaecology*, vol. 97, n° 10, p. 883-892.
- (5) LYDON-ROCHELLE, M., V. L. HOLT, T. R. EASTERLING et D. P. MARTIN (2001). « Cesarean delivery and postpartum mortality among primiparas in Washington State, 1987-1996 », *Obstetrics & Gynecology*, vol. 97, n° 2, p. 169-174.
- (6) LIU, S., M. HEAMAN, K. S. JOSEPH, R. M. LISTON, L. HUANG, R. SAUVE et M. S. KRAMER (2005). « Risk of maternal postpartum readmission associated with mode of delivery », *Obstetrics & Gynecology*, vol. 105, n° 4, p. 836-842.
- (7) AGENCE DE LA SANTÉ PUBLIQUE DU CANADA (2000). « Les soins à la mère et au nouveau-né dans une perspective familiale : lignes directrices nationales »,.
- (8) THOMAS, J., et S. PARANJOTHY (2001). *Royal College of Obstetricians and Gynaecologists Clinical Effectiveness Support Unit. National Sentinel Caesarean Section Audit Report*, Londres, RCOG press.
- (9) INSTITUT CANADIEN D'INFORMATION SUR LA SANTÉ (25 juillet 2007). *Donner naissance au Canada : Tendances régionales 2001-2002 à 2005-2006*, Ottawa, ICIS.
- (10) SOCIÉTÉ DES OBSTÉTRICIEUS ET GYNÉCOLOGUES DU CANADA (2011). *Le programme du cours GESTA, 18e édition*, Ottawa, Société des obstétriciens et gynécologues du Canada.
- (11) MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX DU QUÉBEC (2011). « Maintenance et exploitation des données pour l'étude de la clientèle hospitalière (MED ECHO) »,.

- (12) NATIONAL COLLABORATING CENTRE FOR WOMEN'S AND CHILDREN'S HEALTH (2004). *Caesarean section*, Londres (RU), National Institute for Health and Clinical Excellence (NICE).
- (13) ASSOCIATION POUR LA SANTÉ PUBLIQUE DU QUÉBEC *La césarienne*.
- (14) SOCIÉTÉ DES OBSTÉTRICIENS ET GYNÉCOLOGUES DU CANADA (juin 2008). *La césarienne planifiée accroît les risques pendant la grossesse*.
- (15) SOCIÉTÉ DES OBSTÉTRICIENS ET GYNÉCOLOGUES DU CANADA (2012). *Document de formation sur le suivi et la prise en charge de l'accouchement vaginal après une césarienne*.
- (16) KOTASKA, A., S. ABRAHAMS et R. GAGNON (juin 2009). « Accouchement du siège par voie vaginale. Directive clinique. », *Société des obstétriciens et gynécologues du Canada*, n° 226.
- (17) INSTITUT CANADIEN D'INFORMATION SUR LA SANTÉ (2012). « Points saillants sur certains indicateurs de 2010-2011 relatifs à l'accouchement au Canada », p. 1-11.

Les personnes suivantes ont participé à la rédaction des fiches

Fiche	Auteure	Collaborateurs
Césarienne	Hélène Langlois , infirmière et gestionnaire à la SOGC, coordination et rédaction	Julie Bonapace , auteure et spécialiste de la gestion non pharmacologique de la douleur lors de l'accouchement Nils Chaillet , chercheur pour l'essai QUARISMA, Université de Sherbrooke Guy-Paul Gagné , médecin obstétricien-gynécologue, directeur du programme AMPRO, Hôpital de LaSalle, Montréal Robert Gauthier , médecin obstétricien-gynécologue, CHU Sainte-Justine Jean-Marie Moutquin , professeur titulaire Département d'obstétrique et de gynécologie Université de Sherbrooke Directeur scientifique, Soutien à la pratique clinique, INESSS Vyta Senikas , médecin obstétricienne-gynécologue, directrice du programme professionnel et vice-présidente SOGC

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.