

Opinion : article sur l'AVAC, juillet 2005

J'ai lu avec intérêt le numéro du *Médecin du Québec* sur l'obstétrique paru en juillet 2005.

J'ai cependant des réserves quant à l'article sur l'AVAC (Puis-je espérer un accouchement vaginal la prochaine fois ? *Le Médecin du Québec* 2005 ; 40 (7) : 57-63). Comme je travaille actuellement à la révision de mon livre sur l'AVAC, permettez-moi de vous faire part des réflexions suivantes. D'abord, les taux d'AVAC sont en baisse, en Amérique du Nord, et non en hausse. De nombreuses femmes m'ont d'ailleurs écrit ces dernières années pour me faire part de leur désarroi devant le refus de leur médecin ou de l'hôpital de les laisser vivre un AVAC.

Les études parues depuis une quinzaine d'années montrent que, contrairement à ce qui est véhiculé depuis quelques années, le risque de rupture utérine lors d'un AVAC n'a pas augmenté. C'est la médicalisation de cet événement qui a accru le risque « de base ». En effet, comme le soulignait l'auteur de votre article, plusieurs études de grande envergure soulignent le risque que présente le déclenchement artificiel du travail, en particulier par l'utilisation de prostaglandines, mais aussi d'ocytocine. J'ajouterais, pour mettre le risque de rupture utérine en perspective, qu'il est du même ordre que celui d'avoir un accident chez soi, et plus faible que le risque de décès ou blessures graves que court un piéton ou que le risque de fausses couches en lien avec une amniocentèse. Et le risque de décès du bébé à la suite d'une rupture est du même ordre de grandeur que celui en cas de grossesse ectopique.

On souligne beaucoup la nécessité du consentement éclairé pour l'AVAC. Or, il ne faut pas oublier de mentionner, parmi les risques de la césarienne sur demande, le décès maternel. Même s'il est rare, ce risque est de 2 à 13 fois plus important que pour un AVAC. On devrait transmettre les avantages et les risques des deux options.

Les études montrent aussi que les complications sont plus nombreuses quand l'AVAC n'est pas « réussi ». On devrait donc insister sur les conditions suivantes pour un AVAC : des intervenants ayant confiance dans les capacités des femmes d'accoucher et moins portés à intervenir de manière systématique ainsi qu'un environnement propice au déroulement physiologique de l'accouchement. Si on suit la recommandation de la SOGC d'assurer une surveillance électronique continue du fœtus pendant un AVAC, la parturiente est immobilisée, ce qui peut nuire à la progression de l'accouchement et créer de l'anxiété. Cela peut aussi perturber l'oxygénation du bébé, la position couchée comprimant la veine cave et l'oxygénation du placenta. De plus, la surveillance électronique continue du fœtus demeure controversée en obstétrique et comporte un pourcentage d'erreurs élevé. Même l'*American College of Obstetricians and Gynecologists* (ACOG) ne le recommande pas formellement pour un AVAC (2004).

Par ailleurs, la recommandation de la SOGC, se fondant sur celle de l'ACOG, d'assurer « l'exécution opportune d'une césarienne » en cas de besoin lors d'un AVAC élimine de nombreux services d'obstétrique qui n'ont pas de spécialistes sur place 24 heures sur 24. Elle constitue aussi « deux poids, deux mesures », puisque des femmes enceintes accouchent dans ce dernier type d'établissement et ignorent qu'elles ne pourront pas nécessairement bénéficier d'une césarienne à temps en cas d'urgence. Et cette recommandation n'est pas fondée sur des essais cliniques, le type d'études fournissant les preuves les plus solides dans le domaine de la recherche scientifique. Enfin, il n'est pas dit que, dans les hôpitaux ayant les ressources recommandées par la SOGC, on arrive toujours à faire une césarienne « opportune » lorsque des complications importantes surviennent pendant l'accouchement.

Des médecins de famille se désolent qu'on empêche des femmes d'avoir un AVAC ou encore ils ne se sentent pas protégés s'ils ne suivent pas les recommandations de la SOGC à ce sujet. Peut-être seront-ils encouragés de savoir que l'*American Academy of Family Physicians* (2005), après une revue de littérature exhaustive sur l'AVAC, n'endosse pas la nécessité d'avoir des spécialistes 24 h sur 24 à l'hôpital, car l'AAFP n'a pas réussi à trouver d'études justifiant cette restriction réduisant de manière considérable l'accessibilité à l'AVAC.

Hélène Vadeboncoeur

auteure d'une thèse de doctorat sur l'humanisation de l'accouchement (2004) et du livre *Une autre césarienne ? Non merci* (1989), actuellement en révision.