

- and urinary incontinence in primiparas. *Obstet Gynecol* 2001;97(3):350-6.
6. MacLennan AH, Taylor AW, Wilson DH, Wilson D. The prevalence of pelvic floor disorders and their relationship to gender, age, parity and mode of delivery. *BJOG* 2000;107:1460-70.
  7. Rortveit G, Dalveit AK, Hannestad YS, Hunskaar S; Norwegian EPINCONT Study. Urinary incontinence after vaginal delivery or cesarean section. *N Engl J Med* 2003;348(10):900-7.
  8. Buchsbaum GM, Chin M, Glantz C, Guzik D. Prevalence of urinary incontinence and associated risk factors in a cohort of nuns. *Obstet Gynecol* 2002;100(2):226-9.
  9. Levine EM, Ghai V, Barton JJ, Strom CM. Mode of delivery and risk of respiratory diseases in newborns. *Obstet Gynecol* 2001;97(3):439-42.
  10. Morrison JJ, Rennie JM, Milton PJ. Neonatal respiratory morbidity and mode of delivery at term: influence of timing of elective cesarean section. *Br J Obstet Gynaecol* 1995;102(2):101-6.
  11. Parilla BV, Dooley SL, Jansen RD, Socol ML. Iatrogenic respiratory distress syndrome following elective repeat cesarean delivery. *Obstet Gynecol* 1993;81(3):392-5.
  12. Hannah ME, Hannah WJ, Hellmann J, Hewson S, Milner R, Willan A. Induction of labor as compared with serial antenatal monitoring in post-term pregnancy. A randomized controlled trial. The Canadian Multicenter Post-term Pregnancy Trial Group [published erratum appears in *N Engl J Med* 1992;327:368]. *N Engl J Med* 1992;326:1587-92.
  13. Hannah ME, Hannah WJ, Hewson SA, Hodnett ED, Saigal S, Willan AR. Term breech Trial Collaborative Group. Planned cesarean section versus planned vaginal birth for breech presentation at term: a randomised multicentre trial. *Lancet* 2000;356(9239):1375-83.

Competing interests: None declared.

DOI:10.1503/cmaj.1040516

Le débat actuel entourant la possibilité pour les femmes d'obtenir de leur obstétricien une césarienne sur demande a fait l'objet d'un article paru dans votre journal en mars 2004<sup>1</sup>. Dans cet article, Hannah nous informe du fait que seule une nouvelle étude randomisée contrôlée pourrait permettre d'évaluer les risques et les avantages d'une césarienne programmée par opposition à un accouchement vaginal planifié. Afin d'illustrer certains avantages de la césarienne élective, Hannah introduit plusieurs résultats statistiques reliés en particulier aux taux d'incontinence urinaire.

Or, dans cet article, le terme d'accouchement vaginal spontané mériterait d'être mieux défini. Quand Hannah fait référence au taux d'incontinence urinaire suivant un accouchement vaginal spontané, on est en droit de se demander, par exemple, si dans l'étude citée les femmes mettant au monde leur bébé

ont fait l'expérience d'une poussée physiologique involontaire, non dirigée, faisant intervenir le réflexe de poussée. Ou plutôt, s'il s'est agit d'un accouchement vaginal spontané, sous péridurale par exemple, durant lequel à dilatation complète la femme s'est vu encouragée à inspirer, bloquer, pousser. Les résultats et les conséquences sur le périnée féminin sont-ils les mêmes d'une manière ou de l'autre?

Ceci nous amène à questionner l'autorité que l'on doit accorder à Hannah dès lors qu'elle fait référence à la notion d'accouchement vaginal spontané. Lorsqu'on parle de spontané cela veut dire que l'accouchement s'est déroulé spontanément, c'est-à-dire physiologiquement. Si c'est le cas, l'induction, la stimulation, le monitoring, la restriction des positions pour la poussée, la péridurale, le «coaching» de la poussée, l'épisiotomie, les ventouses, les pressions abdominales, les forceps, seraient tous des éléments qui excluraient ces accouchements de la catégorie accouchement vaginal spontané.

Il est évident pour ceux qui en ont été témoins qu'il existe une distinction fondamentale entre accouchement vaginal (c'est-à-dire naissance par les voies naturelles) et accouchement physiologique (expression d'un processus physiologique normal non perturbé). Le milieu hospitalier est reconnu comme un milieu où les comportements sont fortement codifiés et structurés. Une femme qui y accouche aujourd'hui ne devrait trop espérer y être soutenue dans sa «spontanéité». L'accouchement vaginal spontané observé en milieu hospitalier comporte un biais énorme, celui-là même d'avoir lieu dans un espace, l'hôpital, où le processus physiologique normal de la mise au monde d'un bébé est quasiment toujours perturbé. L'hôpital est un biais systématique important introduit dans toutes les études sur l'accouchement, sans jamais être mentionné comme une des limites des études.

L'accouchement vaginal spontané devrait être clairement défini dans les futures études scientifiques, incluant celles dirigées par Hannah. Si l'on souhaite vraiment comparer les césari-

ennes sur demande avec l'accouchement vaginal spontané, on devrait le faire en se concentrant sur l'espace le plus propice à un accouchement spontané et physiologique, c'est-à-dire l'accouchement à la maison.

#### Catherine Gerbelli

Sage-femme

AFAR Québec (Alliance francophone pour l'accouchement respecté)  
Montréal, Que.

#### Référence

1. Hannah ME. Planned elective cesarean section: A reasonable choice for some women? [editorial]. *CMAJ* 2004;170(5):813-4.

Conflicts d'intérêt: Aucun déclaré.

DOI:10.1503/cmaj.1040638

#### [The author responds:]

Although generalizing evidence for a planned cesarean from one indication to another is problematic, we do this when evidence is lacking. For example, some use the results of the Term Breech Trial, which found better outcomes with planned cesarean for singleton breech fetuses at term, to justify planned cesarean section for twins if one of the twins is in breech position.<sup>1</sup> Contrary to the suggestion of John Fernandes, the issue is not consumerism, cost or cosmetic surgery; rather, it is a woman's choice after discussion of the risks and benefits of all reasonable alternatives.<sup>2</sup>

Padmanabhan Badrinath and Penny Lindballe agree that a woman should be able to choose how she will deliver her baby. Badrinath raises concerns that planned cesarean sections will add to the cost of health care. However, planned cesareans may actually be associated with lower costs.<sup>3</sup> Lindballe suggests that women should be able to choose midwifery care and that health care plans should cover this option too. I agree. Planning for a vaginal birth might be a more attractive option for Canadian women if midwifery care were more readily available and affordable.

Planned cesarean and planned vaginal birth are not associated with equiva-