

GRIS

Groupe de recherche  
interdisciplinaire en santé  
Secteur santé publique  
Faculté de médecine

*L'accompagnement à la naissance :  
aperçu des bénéfices et des coûts*

*Drissa Sia  
Régis Blais*

R07-01

Juin 2007

Dépôt légal – Bibliothèque et Archives nationales du Québec, 2007  
Dépôt légal – Bibliothèque et Archives Canada, 2007

ISBN : 978-2-923544-07-6 (version imprimée)  
ISBN : 978-2-923544-08-3 (PDF)

**L'ACCOMPAGNEMENT À LA NAISSANCE :  
APERÇU DES BÉNÉFICES ET DES COÛTS**

Drissa Sia

Régis Biais

Groupe de recherche interdisciplinaire en santé

Université de Montréal

Juin 2007

## Table des matières

<b>INTRODUCTION.....</b>	<b>1</b>
<b>CHAPITRE 1 Revue de la littérature sur la pratique des accompagnantes à la naissance ("Doulas").....</b>	<b>3</b>
<b>1.1 L'accouchement et les accompagnantes à la naissance.....</b>	<b>3</b>
1.1.1 Définition et formation d'une accompagnante à la naissance.....	3
1.1.2 Tâches et clientèle.....	4
1.1.3 Pratique des accompagnantes à la naissance dans le monde.....	6
1.1.4 Pratique des accompagnantes à la naissance au Québec.....	7
<b>1.2 Effets de l'accompagnement à la naissance.....</b>	<b>7</b>
1.2.1 Santé (mère, enfant, famille), progression du travail et certaines attitudes en postpartum.....	8
1.2.2 Satisfaction des mères.....	9
1.2.3 Utilisation des services de santé.....	9
1.2.4 Coûts.....	12
<b>CHAPITRE 2 Impact potentiel de l'accompagnement à la naissance sur le coût des interventions obstétricales au Québec.....</b>	<b>13</b>
<b>2.1 Coût des interventions obstétricales au Québec.....</b>	<b>14</b>
<b>2.2 Coûts du recours à une accompagnante à la naissance.....</b>	<b>15</b>
<b>2.3 Scénarios de réduction des interventions obstétricales.....</b>	<b>17</b>
<b>2.4 Impact potentiel des accompagnantes à la naissance sur le coût des interventions obstétricales : le cas de la césarienne.....</b>	<b>17</b>
<b>CONCLUSION.....</b>	<b>23</b>
<b>RÉFÉRENCES.....</b>	<b>24</b>

## INTRODUCTION

En 2005-2006, il y a eu 72 566 naissances au Québec [1]. C'est une augmentation de 7,84 % par rapport à 2000-2001 [2]. La grande majorité des femmes accouchent en milieu hospitalier, assistées par des médecins et des infirmières, et moins de 2 % en maison de naissance, avec l'aide de sages-femmes. Selon Statistique Canada, le taux de mortinaissances au Québec, incluant les avortements spontanés, était de 1,5 % en 2003 [3], ce qui se compare à la moyenne des pays industrialisés.

La maternité peut être une étape de vie merveilleuse. Mais elle est aussi, souvent, inquiétante, voire parfois difficile. L'aide et le soutien de personnes de confiance peuvent faire toute la différence entre une expérience positive et une expérience négative [4]. Avec la réduction de la taille des familles, l'éclatement de la cellule familiale traditionnelle et les déménagements de certains membres de la famille vers d'autres régions, provinces ou même pays, les femmes ont peut-être aujourd'hui moins de chances d'avoir des proches autour d'elles pour les accompagner pendant leur grossesse et à l'accouchement. Dans cette nouvelle donne familiale, il importe pour la société d'aménager pour les femmes enceintes, leurs conjoints et leurs nouveau-nés les meilleures conditions afin d'assurer leur santé physique et mentale.

Les personnes qu'on appelle des accompagnantes à la naissance peuvent jouer un rôle important d'aide aux femmes enceintes. Au-delà du soutien que peut apporter la famille immédiate elle-même, cette pratique formelle d'accompagnement, qui existe dans plusieurs pays, est encore peu connue et peu documentée au Québec.

Le présent rapport a été produit à la demande et grâce au soutien financier du Regroupement Naissance-Renaissance, qui est un organisme québécois sans but lucratif de promotion de l'humanisation des naissances. Les objectifs du rapport étaient de : (1) présenter une brève revue de la littérature sur les effets de l'accompagnement à la naissance sur la santé de la mère et du nouveau-né, sur le recours aux interventions

obstétricales et sur les coûts et (2) estimer l'impact potentiel du recours à l'accompagnement à la naissance sur le coût des interventions obstétricales au Québec.

## CHAPITRE 1

### Revue de la littérature sur la pratique des accompagnantes à la naissance ("Doulas")

#### **1.1 *L'accouchement et les accompagnantes à la naissance***

L'accouchement reste une expérience importante et inoubliable d'une mère dans son rôle de « donner la vie ». L'accouchement normal est un processus physiologique débutant par le travail (caractérisé par les contractions utérines douloureuses qui sont responsables de la dilatation et de l'effacement du col utérin), puis l'expulsion du fœtus et se terminant par la délivrance (expulsion du placenta) [5]. Il s'agit d'une expérience au cours de laquelle, se côtoient joie et inquiétude non seulement pour la mère, mais aussi pour tout son entourage. Il s'agit là d'une phase critique au cours de laquelle la mère et son nouveau-né ont besoin de réconfort et d'assistance pour leur permettre de vivre une expérience positive. Une accompagnante au côté de la mère lors de l'accouchement s'avère alors nécessaire comme ce fut le cas depuis la nuit des temps [4].

##### **1.1.1 Définition et formation d'une accompagnante à la naissance**

Le terme accompagnante est utilisé comme synonyme de « doula », mot d'origine grec qui veut dire soignante. Le terme doula est actuellement utilisé pour désigner une femme expérimentée en matière d'accouchement qui apporte un soutien physique, émotionnel et des informations à la mère avant, pendant et juste après l'accouchement [6]. Les termes doula et accompagnante à la naissance seront utilisés ici de façon interchangeable.

L'accompagnante peut se définir alors à travers trois caractéristiques essentielles, à savoir :

- sa vocation : il s'agit d'une femme qui a la vocation d'aider une autre femme et son entourage pendant la grossesse, l'accouchement et la période post-natale [7];

son expérience : elle est expérimentée en matière de naissance d'enfants [8];

- son professionnalisme : elle est une intervenante non médicale de la naissance, qui met de l'avant une relation égalitaire avec la femme et le couple qu'elle accompagne. Elle démontre une éthique et un sens des responsabilités lui permettant d'offrir un service de qualité [9].

Ces qualités lui permettent d'apporter à la mère et à son bébé ainsi qu'à son entourage un soutien utile à la prise de décision par la mère à travers un accompagnement personnalisé de celle-ci, dans le respect de la dignité humaine. Une bonne connaissance de la physiologie de la grossesse, de l'accouchement et du postpartum s'avère donc indispensable pour lui permettre d'aider la femme enceinte à faire ses propres choix [7-9]. Ainsi les thèmes de sa formation de base et de sa formation continue porteront sur tout le processus allant de la grossesse au postpartum. En général, cette formation est assurée de façon informelle par des mentors et des organismes sociaux d'accompagnement à la naissance, ne donnant pas lieu à un diplôme de formation [10].

### **1.1.2 Tâches et clientèle**

Les tâches de l'accompagnante découlent de la définition précédente. Toutefois, Langer et al. [11] ont défini ses tâches en cinq composantes :

- Le support émotionnel continu durant tout le processus de l'accouchement : en reconnaissant l'effort fourni par la mère, en l'encourageant et en répondant à toutes ses questions tout en gardant un contact visuel avec elle;
- L'information : l'accompagnante tient la mère informée sur la progression de son travail et sur les processus médicaux en cours;
- Le support physique : en l'encourageant à prendre des positions confortables et en lui indiquant comment relaxer après les contractions utérines;

- La communication : en maintenant une conversation avec la mère afin qu'elle ne se sente pas seule;
- Le contact immédiat entre la mère et son enfant : en encourageant la mère à tenir dans ses bras son bébé et en l'incitant à allaiter immédiatement son bébé.

Il est important de souligner que les attentes des femmes en matière de soutien de la part des professionnels de la santé lors de l'accouchement, relevées par une revue de littérature [12] portant sur 17 études qualitatives (dont neuf aux États-Unis et une au Canada) couvrant la période 1990 à 2001, correspondent aux tâches assurées par une accompagnante. Ces attentes entrent en fait dans les caractéristiques des soins intrapartum de qualité assurés par des infirmières ou des sages-femmes, qui comme l'ont noté certains auteurs [13], devraient être fournis dans un contexte de soutien et sur la base des besoins médicaux des patientes et de leurs préférences personnelles. Cependant, les sages-femmes et les infirmières ont le plus souvent plusieurs femmes en travail à surveiller en même temps, tout en assurant les autres devoirs relatifs à leur fonction. Même si Simkin [14] trouve que les infirmières peuvent apporter des soins de soutien aux femmes en travail, quitte à ce qu'elles recourent à l'aide de leur partenaire, on peut admettre qu'il leur est difficile d'apporter un soutien personnalisé à toutes les parturientes [15].

Certains auteurs [15, 16] ont effectivement relevé la complémentarité du rôle des accompagnantes et de celui des sages-femmes ou infirmières lors de l'accouchement. Le but de la sage-femme est d'assurer un résultat sûr de l'accouchement et celui de l'accompagnante est de s'assurer que la parturiente se sente en sécurité et qu'elle ait confiance en elle. C'est ainsi que d'autres auteurs [17] ont qualifié les besoins de la femme durant l'accouchement comme un puzzle dont l'accompagnante est la pièce manquante.

La clientèle de l'accompagnante est la femme enceinte et son entourage désirant être continuellement assistés durant la grossesse, l'accouchement et le postpartum. C'est

donc sur une base volontaire que les compétences de l'accompagnante sont sollicitées. Il n'y a pas de clientèle particulière pour les accompagnantes. Il semble que celles-ci peuvent accompagner autant les femmes à faible risque obstétrical que celles considérées à haut risque, les plus jeunes ou les plus âgées, sans égard à l'origine ethnique ou à d'autres caractéristiques sociodémographiques.

### **1.1.3 Pratique des accompagnantes à la naissance dans le monde**

Plusieurs types d'accompagnement ont vu le jour à travers le monde, parmi lesquels on peut citer l'accompagnement de personnes mourantes, le suivi d'enfants par des adultes à travers l'organisation « Les Grands Frères et Grandes Sœurs » et la promotion de l'allaitement maternel auprès de femmes enceintes à travers la « Ligue La Lèche » [4].

Assister et supporter une femme au cours de l'accouchement constituent une pratique ancienne, répandue dans le monde (industrialisé ou non) et assurée par d'autres femmes, le plus souvent expérimentées [6]. Une étude anthropologique a montré que dans 127 sur 128 pays non industrialisés on offrait un soutien continu à la femme lors de l'accouchement [6]. Il faut toutefois souligner que dans les pays en développement où la couverture en services et en personnels de santé est faible, les femmes qui accompagnent les autres femmes, notamment lors de l'accouchement, ne se limitent pas au soutien physique, émotionnel et informatif. Elles assurent aussi le rôle d'accoucheuse et sont de ce fait appelées accoucheuses traditionnelles [18]. Cependant, avec le déplacement de l'accouchement du domicile au milieu hospitalier, cette pratique est en régression, la médicalisation de l'accouchement prenant le pas sur ses aspects humains.

L'accompagnement, tel que défini plus haut, est une pratique très développée dans les pays anglo-saxons comme les États-Unis (depuis les années 70) et la Grande Bretagne, en Amérique du Sud comme le Guatemala où il a débuté. Cette activité connaît actuellement un essor en France [4, 19].

#### **1.1.4 Pratique des accompagnantes à la naissance au Québec**

Au cours des années 70, la philosophie développée par Frederick Leboyer à l'égard de la naissance, à travers son ouvrage « Pour une naissance sans violence » [20], aurait entraîné un éveil de conscience face à la médicalisation des naissances. Cette prise de conscience se traduira entre autres, au Québec, par la participation de 10 000 femmes aux colloques régionaux « Accoucher ou se faire accoucher » en 1980-1981 et la création du Regroupement Naissance-Renaissance. Quelques groupes communautaires ont vu le jour au cours des années 80, dont le collectif « Les Accompagnantes » et Alternative Naissance. Cependant, il convient de noter que la reconnaissance de l'accompagnement à la naissance comme métier est relativement récente. Dans les années 80, les accompagnantes à la naissance étaient au nombre de 250 [4]. Toutefois, ce nombre incluait des sages-femmes qui deviendront par la suite des professionnelles reconnues légalement au Québec [21]. Parallèlement, la pratique de l'accompagnement à la naissance a continué à se développer dans les groupes communautaires, dans des entreprises privées et par des travailleuses autonomes. Une enquête menée au printemps 2007 par le Regroupement Naissance-Renaissance indique qu'elles seraient environ 177 au Québec [22].

Les accompagnantes à la naissance au Québec assument les tâches généralement reconnues ailleurs. Elles aident les futurs parents à s'accepter tels qu'ils sont, à assumer leurs besoins, attentes et choix, à clarifier ce qui est essentiel pour eux et à reconnaître leurs forces, leurs faiblesses, leurs droits et ceux de leurs bébés [4].

### **1.2 Effets de l'accompagnement à la naissance**

Une des conséquences majeures de la médicalisation de la naissance est que l'accouchement se déroule le plus souvent dans un environnement plus ou moins étranger pour la femme en travail, avec pour corollaire l'aggravation de son anxiété et son impuissance face à un personnel parfois peu empathique [23]. Les accompagnantes viennent pallier cette situation et les effets de leur intervention peuvent être multiples.

Cette intervention peut avoir un impact direct sur la santé de la mère, de son bébé et de sa famille et sur les interventions obstétricales qui seront pratiquées. L'ensemble de ces effets contribuent à assurer un vécu positif de cette naissance par la mère [24]. Les études visant à comprendre l'importance de l'accompagnement des femmes enceintes tout au long du processus de maternité étaient, pour la plupart, soit des essais randomisés, des méta-analyses ou des revues de littérature. La population concernée par ces études était le plus souvent des femmes primipares, en bonne santé, ayant une grossesse mono-fœtale et ne présentant aucune complication obstétricale connue. Comme l'ont relevé certains auteurs [25], le choix de cette population semble répondre à l'hypothèse selon laquelle si le soutien des accompagnantes est bénéfique pour des femmes en bonne santé, il le sera davantage pour celles qui seraient plus vulnérables. Cependant, cette hypothèse n'a pas encore été vérifiée.

### **1.2.1 Santé (mère, enfant, famille), progression du travail et certaines attitudes en postpartum**

Des auteurs ont montré que le manque de soutien social et la survenue d'évènements stressants pendant la grossesse font partie des facteurs de risque de dépression chez les femmes migrantes enceintes vivant à Montréal [26]. Le stress chez la femme enceinte agit non seulement négativement sur la mère, mais il est aussi défavorable à l'enfant qui pourrait naître avec un faible poids de naissance [27], dont la répercussion sur son état de santé futur peut être catastrophique. La recension des écrits montre divers effets de l'accompagnement apporté à la femme lors du travail : il diminue le risque d'une éventuelle dépression en postpartum [28, 29], il est un facteur d'accroissement de l'estime de soi [28] chez la mère et du taux d'allaitement maternel [11, 28]. Quant à son effet sur la progression du travail, les avis sont partagés. Pour certains auteurs [11, 28, 30], il raccourcit la durée du travail, ce qui est cohérent avec le principe selon lequel l'organisme de la femme est pleinement préparé à donner naissance et l'accouchement se déroule bien, quand la femme est détendue et est aidée à laisser son corps réaliser la naissance attendue [31]. Pour d'autres auteurs [23], l'accompagnement n'a aucun effet sur la progression du travail. Enfin,

l'accompagnement pourrait avoir un effet sur le poids de naissance mais, pour ce faire, il est évident qu'il doit commencer dès le début de la grossesse.

Il est important de noter que la plupart des études démontrant l'impact de l'accompagnement de la mère en travail sur sa santé mentale et sur certaines attitudes en postpartum sont des méta-analyses. Elles prennent donc en compte les résultats de plusieurs autres études.

### **1.2.2 Satisfaction des mères**

L'accompagnement de la mère durant tout le processus d'accouchement est favorablement accueilli par celle-ci. Cette satisfaction se traduit de plusieurs façons. Certaines femmes éprouvent le sentiment d'avoir mieux fait face au travail en ayant un plus grand contrôle sur celui-ci [11, 23, 30], pendant que d'autres notent avoir vécu leur accouchement comme une expérience ayant eu un véritable effet positif sur leur sentiment d'être une femme et sur la perception qu'elles ont de la force physique et de la performance de leur corps [24]. Cependant, certains auteurs [11] semblent différencier le sentiment qu'éprouvent les femmes d'avoir mieux contrôlé leur travail au cours de l'accouchement, de leur satisfaction vis-à-vis de leur expérience d'accouchement. En effet, en posant directement la question de la satisfaction de l'expérience vécue, ces auteurs n'ont trouvé aucun effet de l'accompagnement sur la satisfaction des femmes, bien que celles-ci aient éprouvé un haut degré de contrôle du travail.

### **1.2.3 Utilisation des services de santé**

L'utilisation des services de santé réfère ici aux interventions obstétricales pratiquées lors de l'accouchement et au recours à certaines ressources matérielles. Les études ne sont pas unanimes quant à l'effet de l'accompagnement sur le recours aux interventions courantes (césarienne, ocytocine, analgésie épidurale, narcotiques, ventouse, forceps, etc.). Plusieurs études montrent une diminution du recours à ces interventions, alors que certaines autres n'indiquent aucune différence statistiquement significative par

rapport à la pratique usuelle [19]. Une méta-analyse Cochrane de 15 études a montré que les femmes recevant le soutien d'une accompagnante durant leur travail avaient 26 % moins de chances d'avoir une césarienne, 41 % de moins de chances d'accoucher avec des forceps ou une ventouse et 28 % moins de chances de recourir à une forme ou une autre d'anesthésie ou d'analgésique [32]. Nous examinerons ici plus en détail le recours à l'analgésie épidurale et à la césarienne.

Il est bien connu que l'analgésie épidurale prolonge la première et la deuxième phase du travail [33], ce qui pourrait jouer sur la durée de séjour à l'hôpital. Elle est aussi un facteur de risque de césarienne [34]. L'analyse de cinq études menées en Amérique du Nord indique une réduction du taux de recours à l'analgésie épidurale pour quatre d'entre elles grâce au soutien des doulas [19]. D'autres études [28] ont trouvé les mêmes résultats. L'étude qui ne montre pas de différence d'utilisation de l'épidurale entre le recours aux doulas et les soins habituels, concerne des couples de revenu moyen. Ceci amène à se demander si l'effet de l'accompagnement sur cette pratique varie avec le statut socio-économique des femmes.

Pour ce qui est de la césarienne, les résultats vont majoritairement dans le même sens, à savoir la réduction du taux de césarienne pour le groupe de femmes bénéficiant du soutien d'une accompagnante. En effet, une méta-analyse prenant en compte six études (deux au Guatemala, une à Houston au Texas, une à Johannesburg en Afrique du Sud, une à Helsinki en Finlande et une au Canada) a montré une réduction du taux de césarienne de 50 % [35, 36]. Une autre méta-analyse [19] de 15 essais portant sur le soutien continu apporté à la femme en travail réalisée en Amérique du Nord, en Europe et en Afrique a montré que, par rapport aux femmes recevant les soins habituels, celles qui avaient bénéficié du soutien d'une doula depuis le travail jusqu'à la naissance avaient 26 % moins de chances d'accoucher par césarienne. De même, des auteurs [19, 37] ayant comparé les résultats de six études constatent une réduction du recours à la césarienne pour quatre études, alors que les deux autres études ne décèlent aucune différence de recours à la césarienne, que la femme ait ou non été soutenue par une doula. Il est intéressant de noter que la présence du partenaire de la

femme ne semble pas suppléer le soutien apporté par l'accompagnante, comme le montrent certains auteurs qui ont trouvé que le taux de césarienne est passé de 24,2 % en présence du partenaire de la femme à 15% lorsqu'en plus de lui une accompagnante était présente [25].

Il est important de noter que trois essais réalisés en Amérique du Nord n'ont présenté aucun effet de l'accompagnement sur le taux de césarienne. La différence de ces études avec les autres est que les accompagnantes étaient des infirmières en exercice appelées à assurer le rôle de doula. Il est alors possible que leurs pratiques habituelles aient pris le pas par rapport à un véritable soutien qu'elles auraient pu apporter aux femmes. Il est aussi évident que si les femmes sentent une attitude tendant à les infantiliser plutôt qu'à les considérer comme les vraies responsables de leur travail, tout l'effet bénéfique que les autres études ont trouvé ne peut que s'estomper. Il ressort alors que les résultats attendus de l'intervention d'une accompagnante auprès d'une femme en travail sont tributaires de la qualité du soutien apporté, notamment de la continuité de celui-ci [30].

Toutefois, deux études récentes dont une au Québec [38] et l'autre au New Jersey (États-Unis) [39] ont montré qu'il n'y avait pas de différence statistiquement significative entre le taux de césarienne dans le groupe de femmes accompagnées, comparativement à celui de femmes sans soutien d'accompagnantes. Les auteurs ont tout de même souligné la tendance à la baisse du taux de césarienne en faveur du groupe de femmes accompagnées. Ces deux mêmes études ont trouvé des résultats semblables quant à la durée du travail et au recours à l'analgésique par voie épidurale à savoir, aucune différence entre l'accompagnement et la pratique courante. Contrairement à l'étude menée au New Jersey qui a inclus 600 mères, celle réalisée au Québec n'a concerné que 60 mères réparties dans quatre groupes. La petite taille de ce dernier échantillon ayant limité la puissance de l'étude, il faut faire preuve de prudence face aux résultats présentés.

En considérant l'ensemble des interventions susceptibles d'être pratiquées au cours de l'accouchement, l'accompagnement en réduit significativement le nombre, avec deux à trois fois moins d'interventions que dans le groupe de femmes non accompagnées [38]. En effet, au titre de ces interventions couvertes par cette étude, dont la fréquence régresse significativement lorsque les couples sont accompagnés, on peut citer : le recours à l'analgésique durant le travail, au moniteur fœtal en permanence durant le travail, aux médicaments pour déclencher le travail, à la rupture artificielle des membranes, aux solutés, à l'épisiotomie et au transfert de la chambre de travail à la salle d'accouchement pour la naissance du bébé. Ces résultats vont dans le même sens que ceux observés ailleurs. En effet, ces réductions seraient de l'ordre de 25 % pour la durée du travail, de 60 % pour la mise en œuvre d'une péridurale, de 40 % pour l'utilisation d'ocytociques et de 30 % pour le recours aux forceps [8].

#### **1.2.4 Coûts**

La quasi-totalité des études portant sur l'accompagnement des femmes enceintes se sont préoccupées des retombés autres qu'économiques. Il semble en effet que l'enjeu était de montrer l'impact de la présence des accompagnantes sur la santé et le bien-être des femmes au cours de l'accouchement et du post-partum.

L'accompagnement à la naissance pourrait entraîner une baisse des coûts à travers la réduction des interventions obstétricales citées plus haut [8]. Malheureusement, nous n'avons pas trouvé d'étude ayant chiffré la réduction de ces coûts.

## CHAPITRE 2

### **Impact potentiel de l'accompagnement à la naissance sur le coût des interventions obstétricales au Québec**

Comme la quasi-totalité des accouchements au Québec sont pratiqués à l'hôpital par des médecins, ce sont les coûts de ces accouchements qui seront examinés ici; les accouchements assistés par des sages-femmes en maisons de naissance ou à domicile ne seront pas considérés. Le coût des interventions obstétricales au Québec se répartit en deux composantes : les honoraires versés au médecin qui pratique l'accouchement et les autres frais assumés dans le budget de l'hôpital où a lieu l'accouchement. Qu'il soit spécialiste ou omnipraticien, le médecin reçoit un montant forfaitaire couvrant plusieurs interventions obstétricales (ex : l'induction du travail, l'épisiotomie, le recours à la ventouse et aux forceps). Même si le coût de ces interventions est inclus dans les honoraires versés pour l'accouchement par voie basse, il n'en demeure pas moins que le matériel et les médicaments requis pour leur réalisation occasionnent d'autres frais qui sont inclus dans l'hospitalisation.

Parce que plusieurs interventions obstétricales sont incluses dans le forfait versé au médecin pour un accouchement, qu'elles soient pratiquées ou non, il n'est pas possible de mesurer le coût spécifique de ces interventions. Pour cette raison, les interventions considérées pour l'estimation de l'impact économique de l'accompagnement au Québec sont l'accouchement par voie vaginale suite à une grossesse mono-fœtale et la césarienne. Le coût de l'analgésie épidurale, pour laquelle on connaît l'honoraire versé à l'anesthésiste, n'est pas pris en compte puisqu'on ne sait pas combien d'épidurales sont administrées à chaque niveau de sévérité des accouchements vaginaux (pour une explication des niveaux de sévérité, voir la section suivante). Par contre, les honoraires versés à l'anesthésiste lors d'une césarienne seront considérés dans les coûts.

## **2.1 Coût des interventions obstétricales au Québec**

Les données utilisées sont tirées du manuel de facturation de la RAMQ des médecins omnipraticiens [40], de celui des médecins spécialistes [41] et des statistiques sur les accouchements et naissances du ministère de la Santé et des Services sociaux du Québec [2, 42].

En l'absence du nombre d'interventions de chaque type pratiquées par les obstétriciens et les médecins omnipraticiens, nous allons considérer au titre des honoraires de ces professionnels la moyenne de leurs honoraires pour chaque intervention. Les honoraires moyens sont alors de 336,28 \$  $[(337,55 + 335) / 2]$  pour l'accouchement par voie vaginale suite à une grossesse mono-fœtale. Pour la césarienne, ces honoraires moyens sont de 323,48\$  $[286,95 + 360)/2]$  plus un montant de 205\$ versé à l'anesthésiste (montant moyen des tarifs dans différentes circonstances), pour un total de 528,48 \$. De plus, les frais d'hospitalisation varient selon le niveau de sévérité de chaque cas à prendre en charge. Cette sévérité est influencée par la gravité de l'état clinique (plus il y a de diagnostics secondaires, comme le diabète, l'hypertension ou la pré-éclampsie, plus le niveau de sévérité augmente), le risque de mortalité et l'intensité des ressources requises pour le traitement. Il y a quatre niveaux de sévérité allant de 1 à 4, le niveau 1 étant le moins sévère [43].

### **1) Cas de sévérité 1 :**

- l'accouchement par voie vaginale suite à une grossesse mono-fœtale coûte 336,28 \$ en honoraires médicaux et 1 644,79 \$ en frais hospitaliers, pour un total de 1 981,07 \$. En se référant aux statistiques de 2005-2006 du ministère de la Santé et des Services sociaux portant sur les accouchements et les naissances au Québec, on note 22 680 accouchements par voie vaginale de niveau 1. Le coût total pour l'ensemble de ces accouchements était d'environ 44 930 667 \$ cette année-là.

- la césarienne entraîne des honoraires médicaux de 528,48 \$ et des frais hospitaliers de 2 229,47\$ (total = 2 757,95\$). Le coût total des 8 127 césariennes pratiquées en 2005-2006 s'élevait à environ 22 413 860 \$.

## **2) Cas de sévérité 2 :**

- l'accouchement par voie vaginale suite à une grossesse mono-fœtale a coûté 336,28 \$ plus 1 836,87 \$ soit 2 173,15 \$. Pour les 26 778 cas observés en 2005-2006, le coût total était de 58 192 611 \$.
- la césarienne a coûté 528,48 \$ plus 2 794,52 \$ soit 3 323 \$. Pour les 6 904 cas observés en 2005-2006 le coût total était de 22 941 992 \$.

Des calculs semblables ont été faits pour les niveaux de sévérité 3 et 4. Le tableau 1 présente l'ensemble des coûts selon les quatre niveaux de sévérité des cas.

### **2.2 Coûts du recours à une accompagnante à la naissance**

Le recours à une accompagnante se fait selon deux voies au Québec. Dans le premier cas, les couples passent par l'intermédiaire d'organismes communautaires pour accéder aux accompagnantes. Malheureusement ceux-ci ne semblent pas en mesure de répondre à la demande par manque de moyens ou d'accompagnantes, notamment pendant certaines périodes de l'année comme la période estivale. Dans le deuxième cas, les couples s'adressent à des accompagnantes privées, lorsqu'ils peuvent en assumer les coûts, ce qui n'est pas accessible à tous.

Les accompagnantes n'étant pas reconnues comme des professionnelles au Québec, leurs services ne sont pas couverts par l'assurance maladie publique. Elles travaillent soit en privé, et les familles leur payent alors des honoraires établis, ou sur une base bénévole et les familles s'acquittent des frais liés à leurs services sur une base volontaire [10]. D'après une enquête récente menée par le Regroupement Naissance-Renaissance [22], le coût d'un accompagnement à la naissance varie entre 0 \$ (service bénévole gratuit) et 1 100 \$ (service privé), avec une moyenne de 569 \$. À ce tarif, des

accompagnements pour l'ensemble des 71 502 naissances par voie vaginale ou par césarienne (excluant les accouchements avec stérilisation) au Québec en 2005-2006 auraient coûté environ 40 684 638 \$.

**Tableau 1 - Coût approximatif des accouchements par voie vaginale et des césariennes, par cas et pour l'ensemble des cas au Québec, selon le niveau de sévérité des DRG<sup>1</sup>, 2005-2006**

<b>Niveau de sévérité</b>	<b>Coût par cas (\$)</b>	<b>Coût de l'ensemble des cas (\$)²</b>
<b>Niveau 1</b>		
Accouchement par voie vaginale (n = 22 680)	1 981,07	44 930 667
Césarienne (n = 8 127)	2 757,95	22 413 860
<b>Total 1</b>		67 344 527
<b>Niveau 2</b>		
Accouchement par voie vaginale (n = 26 778)	2 173,15	58 192 611
Césarienne (n = 6 904)	3 323,00	22 941 922
<b>Total 2</b>		81 134 603
<b>Niveau 3</b>		
Accouchement par voie vaginale (n = 5 486)	2 674,57	14 672 691
Césarienne (n = 1 271)	4 722,81	6 002 692
<b>Total 3</b>		20 675 383
<b>Niveau 4</b>		
Accouchement par voie vaginale (n = 199)	4 597,62	914 926
Césarienne (n = 57)	8 661,94	493 731
<b>Total 4</b>		1 408 657
<b>Total pour les quatre niveaux</b>		170 563 170

1 : DRG = Diagnosis Related Groups. Il s'agit d'une classification des patients hospitalisés, en fonction de leurs diagnostics et des ressources utilisées.

2 : Les montants sont arrondis au dollar le plus près.

### **2.3 Scénarios de réduction des interventions obstétricales**

Puisque les études québécoises sur l'accompagnement à la naissance sont presque inexistantes, les scénarios de réduction éventuelle des interventions obstétricales suite au recours aux accompagnantes à la naissance au Québec sont principalement basés sur les résultats d'études réalisées hors Québec et mentionnées au chapitre 1.

Comme il n'est pas possible d'estimer les économies associées à une réduction de la plupart des interventions obstétricales prises séparément (parce qu'elles sont payées au médecin sous forme de forfait, d'une part, et que leur coût pour l'hôpital est difficilement mesurable, d'autre part), l'intervention qui est ciblée ici est la césarienne. Deux scénarios de réduction de ce type d'interventions sont envisagés : soit le nombre de césariennes est réduit de 25 % (approche maximaliste), soit il est réduit de 10 % (approche minimaliste). Ces estimés sont volontairement conservateurs, même si certaines études ont montré que le taux de césarienne pouvait être réduit jusqu'à 50 % avec une accompagnante à la naissance [35, 36].

### **2.4 Impact potentiel des accompagnantes à la naissance sur le coût des interventions obstétricales : le cas de la césarienne**

Dans le scénario 1, on fait l'hypothèse que le taux de césarienne est réduit de 25 % suite au travail des accompagnantes à la naissance et que les cas qui devaient subir cette intervention restent au même niveau de sévérité mais passent dans le groupe des accouchements par voie vaginale. Puisque le coût d'un accouchement vaginal est moindre que celui d'une césarienne, ce transfert réduit les coûts. Par contre, il faut ajouter le coût des accompagnements pour tous les accouchements, ce qui augmente les coûts. Ici, on fait l'hypothèse que le montant moyen payé actuellement par les familles pour un accompagnement, soit 569\$, serait celui que paierait l'État. Le tableau 2 présente les nouveaux coûts correspondant à cette situation. Par exemple, au niveau de sévérité 1, le nombre de césariennes qui était de 8 127 au tableau 1 est réduit de 25 % (soit de 2 032) et passe ainsi à 6 095 au tableau 2. Au nombre d'accouchements vaginaux, qui était de 22 680 au tableau 1, s'ajoutent ces 2 032

césariennes évitées, pour atteindre 24 712 accouchements vaginaux au tableau 2. Des calculs semblables ont été faits à chaque niveau de sévérité.

En comparant le total des coûts des interventions réalisées en 2005-2006 pour les quatre niveaux de sévérité, présenté au tableau 1 (170 563 170 \$), et le total des coûts correspondant à l'hypothèse où le taux de césarienne est réduit de 25 %, présenté au tableau 2 (206 976 305 \$), on remarque que le Québec aurait dû déboursier une somme additionnelle de 36 413 135 \$.

Dans le scénario 2, on suppose que l'accompagnement à la naissance permet de réduire le taux de césarienne de 10%. Les mêmes types de calculs que dans le scénario 1 ont été appliqués au scénario 2. Les résultats sont présentés au tableau 3. Par exemple, au niveau de sévérité 1, le nombre de césariennes est réduit de 813 (soit 10 % de 8 127) et passe à 7 314 (tableau 3), tandis que le nombre d'accouchements vaginaux augmente de 813 et devient 23 493 (tableau 3). Dans ce scénario, le Québec aurait dû dépenser 38 975 125\$ de plus (soit la différence entre 209 538 295\$ et 170 563 170 \$).

Nous avons aussi calculé la différence de coût entre une césarienne et un accouchement vaginal où la mère bénéficie d'un accompagnement, afin d'illustrer l'économie potentielle par cas de ce dernier type de suivi (tableau 4). Par exemple, au niveau de sévérité 1, il s'agit de soustraire du coût d'une césarienne, indiqué au tableau 1 (2 757,95\$), le coût d'un accouchement vaginal (1 981,07\$) et d'un accompagnement (569 \$), ce qui donne une économie de 207,88 \$. Les économies sont beaucoup plus importantes, à mesure que le niveau de sévérité s'accroît.

**Tableau 2 - Coût approximatif des accouchements par voie vaginale et des  
césariennes, par cas et pour l'ensemble des cas au Québec,  
selon le niveau de sévérité des DRG, en considérant le scénario de réduction  
de 25 % du taux de césarienne, 2005-2006**

<b>Niveau de sévérité</b>	<b>Coût par cas (en \$)</b>	<b>Coût de l'ensemble des cas (en \$)<sup>1</sup></b>
<b>Niveau 1</b>		
Accouchement par voie vaginale (n = 24 712)	1 981,07	48 956 202
Césarienne (n = 6 095)	2 757,95	16 809 705
<b>Accompagnement</b> (n = 30807)	569,00	17 529 183
<b>Total 1</b>		83 295 090
<b>Niveau 2</b>		
Accouchement par voie vaginale (n = 28 504)	2 173,15	61 943 468
Césarienne (n = 5 178)	3 323,00	17 206 494
<b>Accompagnement</b> (n = 33 682)	569,00	19 165 058
<b>Total 2</b>		98 315 020
<b>Niveau 3</b>		
Accouchement par voie vaginale (n = 5 804)	2 674,57	15 523 204
Césarienne (n = 953)	4 722,81	4 500 838
<b>Accompagnement</b> (n = 6 757)	569,00	3 844 733
<b>Total 3</b>		23 868 775
<b>Niveau 4</b>		
Accouchement par voie vaginale (n = 213)	4 597,62	979 293
Césarienne (n = 43)	8 661,94	372 463
<b>Accompagnement</b> (n = 256)	569,00	145 664
<b>Total 4</b>		1 497 420
<b>Total pour les quatre niveaux</b>		206 976 305

1 : Les montants sont arrondis au dollar le plus près.

**Tableau 3 - Coût approximatif des accouchements par voie vaginale et des césariennes, par cas et pour l'ensemble des cas au Québec, selon le niveau de sévérité des DRG, en considérant le scénario de réduction de 10 % du taux de césarienne, 2005-2006**

<b>Niveau de sévérité</b>	<b>Coût par cas (en \$)</b>	<b>Coût de l'ensemble des cas (en \$)<sup>1</sup></b>
<b>Niveau 1</b>		
Accouchement par voie vaginale (n = 23 493)	1 981,07	46 541 278
Césarienne (n = 7 314)	2 757,95	20 171 646
<b>Accompagnement</b> (n = 30 807)	569,00	17 529 183
<b>Total 1</b>		84 242 107
<b>Niveau 2</b>		
Accouchement par voie vaginale (n = 27 468)	2 173,15	59 692 084
Césarienne (n = 6 214)	3 323,00	20 649 122
<b>Accompagnement</b> (n = 33 682)	569,00	19 165 058
<b>Total 2</b>		99 506 264
<b>Niveau 3</b>		
Accouchement par voie vaginale (n = 5 613)	2 674,57	15 012 361
Césarienne (n = 1 144)	4 722,81	5 402 895
<b>Accompagnement</b> (n = 6 757)	569,00	3 844 733
<b>Total 3</b>		24 259 989
<b>Niveau 4</b>		
Accouchement par voie vaginale (n = 205)	4 597,62	942 512
Césarienne (n = 51)	8 661,94	441 759
<b>Accompagnement</b> (n = 256)	569,00	145 664
<b>Total 4</b>		1 529 935
<b>Total pour les quatre niveaux</b>		209 538 295

1 : Les montants sont arrondis au dollar le plus près.

**Tableau 4 - Économie potentielle, par cas, d'un accouchement vaginal avec accompagnement, comparativement à une césarienne, selon le niveau de sévérité des DRG, 2005-2006**

<b>Niveau de sévérité</b>	<b>Economie par cas (\$)</b>
Niveau 1	207,88
Niveau 2	580,88
Niveau 3	1 479,24
Niveau 4	3 495,32

Tous ces estimés sont basés sur l'hypothèse que toutes les futures mères du Québec pourraient recourir à une accompagnante à la naissance. Or, il est possible que certaines ne puissent pas en bénéficier, par manque d'accompagnantes, ou n'en voudraient simplement pas. Si on utilise des hypothèses plus conservatrices, à savoir que 25 % ou 10 % des femmes recevraient éventuellement l'aide d'accompagnantes à la naissance, l'impact économique serait sensiblement différent (tableau 5). Le coût additionnel engendré par l'accompagnement au Québec varierait entre 9 743 781 \$ et 3 641 314 \$.

**Tableau 5 - Coûts additionnels des accouchements engendrés par l'accompagnement à la naissance selon différentes hypothèses de réduction du taux de césarienne et du nombre de femmes suivies par des accompagnantes**

<b>Hypothèses du nombre de femmes suivies par une accompagnante</b>		<b>Hypothèses de réduction du taux de césarienne</b>	
<b>N</b>	<b>%</b>	<b>25%</b>	<b>10 %</b>
71 502	100	36 413 135 \$	38 975 125\$
17 876	25	9 103 284\$	9 743 781 \$
7 150	10	3 641 314\$	3 897 513\$

L'estimé, calculé ici, des répercussions de l'accompagnement à la naissance sur les coûts des interventions obstétricales n'est basé que sur une réduction du taux de césarienne. Sur cette base très incomplète, nos calculs suggèrent qu'offrir un accompagnement à toutes les futures mères ou à un grand échantillon d'entre elles occasionnerait des coûts additionnels pour le système de soins de santé. Toutefois, des économies pourraient peut-être être réalisées s'il y avait réduction d'autres interventions obstétricales (ocytocine, analgésie épidurale, narcotiques, ventouse, forceps, etc.), comme l'ont démontré diverses études. Malheureusement, le mode de paiement des médecins qui pratiquent des accouchements (c.-à-d. un forfait pour plusieurs interventions) et les lacunes importantes dans le calcul des coûts hospitaliers associés aux accouchements ont rendu impossible des estimations plus précises, surtout dans le cadre restreint de la présente étude.

Dans le contexte des données limitées qui étaient disponibles, pour estimer l'impact économique de l'accompagnement à la naissance, nous avons fait l'hypothèse que les cas de césariennes d'un certain niveau de sévérité deviendraient des cas d'accouchements vaginaux, tout en restant au même niveau de sévérité. Une autre hypothèse, qui mériterait d'être examinée empiriquement, est la possibilité que l'accompagnement à la naissance fasse baisser le niveau de sévérité d'un accouchement, qu'il soit par voie basse ou par césarienne. Si c'était le cas, des économies additionnelles pourraient être réalisées, puisque les écarts de coûts entre les niveaux de sévérité, surtout les niveaux 2, 3 et 4, sont importants.

## CONCLUSION

Là où il est utilisé, l'accompagnement formel à la naissance procure des bénéfices sanitaires et psychologiques à la mère et au nouveau-né, sans causer d'effets négatifs. La plupart des études ont montré aussi qu'il peut réduire le recours aux interventions obstétricales. En conséquence, ceci pourrait peut-être entraîner une diminution des coûts, mais cet aspect a été moins étudié.

En l'absence de données économiques précises, les estimations qui ont été faites dans ce rapport sont très sommaires et incomplètes. Sur la base des scénarios proposés ici, notre analyse suggère que si on considère seulement la césarienne, l'adoption de la pratique de l'accompagnement formel à la naissance pourrait entraîner une augmentation des coûts. Cependant, compte tenu que les coûts de toutes les autres interventions obstétricales n'ont pas pu être considérés, il est plus sage d'affirmer que la question de l'effet de l'accompagnement à la naissance sur les coûts des interventions obstétricales demeure en suspens.

Afin de prendre des décisions éclairées quant à l'opportunité pour le régime public d'assurance maladie de promouvoir et de soutenir financièrement l'accompagnement à la naissance, il serait important de mener une étude rigoureuse visant à évaluer le rapport coût/bénéfice de cette pratique comparativement aux services courants. À ce titre, le Québec pourrait s'inspirer de la démarche qu'il a lui-même adoptée en évaluant la pratique des sages-femmes avant de légaliser cette profession [44].

Dans un système de santé aux ressources limitées, il importe d'identifier les services qui généreront les meilleurs bénéfices pour les usagers et au meilleur coût pour la société. Dans le cas de l'accompagnement à la naissance, des données québécoises valides et complètes seraient requises pour déterminer si cette pratique, répandue et bénéfique ailleurs, mérite le soutien de l'État.

## RÉFÉRENCES

1. Ministère de la santé et des services sociaux du Québec, *Durée moyenne de séjour pour un accouchement par voie vaginale (372,1), par césarienne (370,1) et pour un nouveau-né (678,1) selon le DRG, Québec 2005-200*. 2006, [Reçu du Ministère de la santé et des services sociaux du Québec en mai 2007]
2. Ministère de la santé et des services sociaux du Québec, *Accouchements et naissances*. 2001, [Consulté le 03/06/2007 sur <http://msssa4.msss.gouv.qc.ca/fr/statisti/accounais.nsf/0386ecdd6f2a3ee885256de4004ddb50/0ac082842dld0afd852567b400533460?OpenDocument>].
3. Statistique Canada, *Issues de la grossesse, selon la province ou le territoire de résidence: Pertes fœtales*. 2003, [Consulté le 03/06/2007 sur le site <http://www40.statcan.ca/102/cst01/hlth64d f.html>]. p. 1.
4. Boilard, H., *L'accompagnante et la maternité: une réponse traditionnelle à une anxiété moderne*, in *Département d'anthropologie de la Faculté des Sciences Sociales*. 1998, Université Laval: Québec, p. 106.
5. *L'accouchement normal et la délivrance*, in *L'essentiel médicale de poche*, F. Aubert and P. Guittard, Editors. 1995, Paris: Ellipses, p. 323-325.
6. Klaus, M.H., J.H. Kennell, and P.H. Klaus, *Mothering the mother: How a doula can help you have a shorter, easier, and healthier birth*. 1993, New York: Addison-Wesley.
7. *Doulas, Accompagner la naissance*, Consulté sur le site <http://www.naissance.ca/web/boite-a-outils/pdf/doula-accouchement-allaitement.pdf>. p. 4.
8. *Doula, accouchement et allaitement*. 2000, Consulté sur le site <http://www.doulas.info>. p. 1.
9. *Histoire doulas*, consulté sur le site <http://www.doulas.info>. p. 3.
10. Regroupement Naissance-Renaissance, *Portrait exploratoire de l'accompagnement à la naissance, phase I*. 2007. p. 6.
11. Langer, A., et al., *Effects of psychosocial support during labour and childbirth on breastfeeding, medical interventions, and mothers' wellbeing in a Mexican public hospital: a randomised clinical trial*. *British Journal of Obstetrics and Gynaecology*, 1998.105(10): p. 1056-1063.
12. Bowers, B.B., *Mothers' experiences of labor support: Exploration of qualitative research*. *Jognn-Journal of Obstetric Gynecologie and Neonatal Nursing*, 2002. 31(6): p. 742-752.
13. Miltner, R.S., *More than support: Nursing interventions provided to women in labor*. *Jognn-Journal of Obstetric Gynecologie and Neonatal Nursing*, 2002. 31(6): p. 753-761.
14. Simkin, P., *Supportive care during labor: A guide for busy nurses*. *Jognn-Journal of Obstetric Gynecologie and Neonatal Nursing*, 2002. 31(6): p. 721-732.

15. Gilliland, A.L., *Beyond holding hands: The modern role of the professional doula*. *Jognn-Journal of Obstetric Gynecologie and Neonatal Nursing*, 2002. 31(6): p. 762-769.
16. Ballen, L.E. and A.J. Fulcher, *Nurses and doulas: Complementary roles to provide optimal maternity care*. *Jognn-Journal of Obstetric Gynecologie and Neonatal Nursing*, 2006. 35(2): p. 304-311.
17. Berg, M. and A. Terstad, *Swedish women's experiences of doula support during childbirth*. *Midwifery*, 2006. 22(4): p. 330-338.
18. Bergström, S. and E. Goodburn, *Les accoucheuses traditionnelles et la réduction de la mortalité maternelle*, in *Réduire les risques de la maternité: Stratégies et évidence scientifique*, V. De Brouwere and W. Van Lerberghe, Editors. 2001, Antwerp, Belgium: ITG Press, p. 83-103.
19. Dona International, *Position paper: the birth Doula's contribution to modern maternity care*. 2005, consulté sur le site [www.dona.org](http://www.dona.org) p. 4.
20. Leboyer, F., *Pour une naissance sans violence*. 1974, Paris: Seuil.
21. Gouvernement du Québec, *Loi sur les sages-femmes. (L.R.Q., Chapitre S-0.1)* 1999, Assemblée Nationale.
22. Regroupement Naissance-Renaissance, *Portrait exploratoire de l'accompagnement à la naissance, phase II*. 2007. p. 26.
23. Hofmeyr, G.J., et al., *Companionship to Modify the Clinical Birth Environment - Effects on Progress and Perceptions of Labor, and Breast-Feeding*. *British Journal of Obstetrics and Gynaecology*, 1991. 98(8): p. 756-764.
24. Gordon, N.P., et al., *Effects of providing hospital-based doulas in health maintenance organization hospitals*. *Obstetrics and Gynecology*, 1999. 93(3): p. 422-426.
25. Pascali-Bonaro, D. and M. Kroeger, *Continuous female companionship during childbirth: A crucial resource in times of stress or calm*. *Journal of Midwifery & Womens Health*, 2004. 49(4): p. 19-27.
26. Zerkowitz, P., et al., *Factors Associated with Depression in Pregnant Immigrant Women*. *Transcultural Psychiatry*, 2004. 41(4): p. 445-464.
27. Wadhwa, P.D., et al., *The Association between Prenatal Stress and Infant Birth-Weight and Gestational-Age at Birth - a Prospective Investigation*. *American Journal of Obstetrics and Gynecology*, 1993. 169(4): p. 858-865.
28. Klaus, M.H. and J.H. Kennell, *The doula: an essential ingredient of childbirth rediscovered*. *Acta Paediatrica*, 1997. 86(10): p. 1034-1036.
29. Wolman, W.L., et al., *Postpartum Depression and Companionship in the Clinical Birth Environment - a Randomized, Controlled-Study*. *American Journal of Obstetrics and Gynecology*, 1993. 168(5): p. 1388-1393.
30. Scott, K.D., G. Berkowitz, and M. Klaus, *A comparison of intermittent and continuous support during labor: A meta-analysis*. *American Journal of Obstetrics and Gynecology*, 1999. 180(5): p. 1054-1059.

31. Klaus, M.H., J.H. Kennell, and P.H. Klaus, *Labour and Birth*, in *Bonding: Building the Foundations of Secure Attachment and Independence*, M.H. Klaus, J.H. Kennell, and P.H. Klaus, Editors. 1995, New York: Perseus Publishing. p. 23-42.
32. Hodnett, E., et al., *Continuous support for women during childbirth*. The Cochrane Database of Systematic Reviews, 2003. Issue 3, Art. No CD003766. DOI: 10.1002/14651858.CD003766.
33. Thorp, J.A., et al., *The Effect of Intrapartum Epidural Analgesia on Nulliparous Labor - a Randomized, Controlled, Prospective Trial*. American Journal of Obstetrics and Gynecology, 1993. 169(4): p. 851-858.
34. James, M.A. and D.M. Donald, *Prolonged Pregnancy: Induction of Labor and Cesarean Births*. Obstetrics and Gynecology, 2001. 97(6): p. 911-915.
35. Klaus, M.H., J.H. Kennell, and P.H. Klaus, *The benefits of doula support*, in *Mothering the mother: How a doula can help you have a shorter, easier, and healthier birth*, M.H. Klaus, J.H. Kennell, and P.H. Klaus, Editors. 1993, New York: Addison-Wesley. p. 31-51.
36. Sauls, D.J., *Effects of Labor support on mothers, babies, and birth outcomes*. Jognn-Journal of Obstetric Gynecologie and Neonatal Nursing, 2002. 31(6): p. 733-741.
37. Zhang, J., et al., *Continuous labor support from labor attendant for primiparous women: A meta-analysis*. Obstetrics and Gynecology, 1996. 88(4): p. 739-744.
38. Lacharité, C., et al., *Accueil au nouveau-né: évaluation des effets d'une intervention d'accompagnement à la naissance*. 2003, Trois-Rivières: Maison des familles. 39.
39. Campbell, D.A., et al., *A randomized control trial of continuous support in labor by a lay doula*. Jognn-Journal of Obstetric Gynecologie and Neonatal Nursing, 2006. 35(4): p. 456-464.
40. Régie de l'assurance maladie du Québec, *Manuel Omnipraticiens (n° 100)*. 2006, [Consulté le 20/05/2007 sur le [http://www.ramq.gouv.qc.ca/fr/professionnels/manuels/100/000\\_complet\\_acte\\_omni.pdf](http://www.ramq.gouv.qc.ca/fr/professionnels/manuels/100/000_complet_acte_omni.pdf)]. p. 435.
41. Régie de l'assurance maladie du Québec, *Manuel spécialiste (n° 150)*. 2006, [Consulté le 20/05/2007 sur le site [http://www.ramq.gouv.qc.ca/fr/professionnels/manuels/150/000\\_complet\\_acte\\_spec.pdf](http://www.ramq.gouv.qc.ca/fr/professionnels/manuels/150/000_complet_acte_spec.pdf)]. p. 630.
42. Ministère de la santé et des services sociaux du Québec, *Durée moyenne de séjour pour un accouchement par voie vaginale (372,1), par césarienne (370,1) et pour un nouveau-né (678,1) selon le DRG, Québec 2005-200*. 2006, [Reçu du Ministère de la santé et des services sociaux du Québec en mai 2007]
43. Ministère de la santé et des services sociaux du Québec, *Dictionnaire de données. Banque de données Performance hospitalière (APR-DRG Version 12). Service de l'Infocentre*. 1999, Direction générale des technologies de l'information.
44. Gouvernement du Québec, *Loi sur la pratique des sages-femmes dans le cadre de projets-pilotes. (L.R.Q., Chapitre P-16.1), Assemblée Nationale, Trente-quatrième législature*. 1990.

**Adresse de correspondance**

Prière d'adresser toute correspondance concernant le contenu de cette publication ou autres rapports déjà publiés à :

**Groupe de recherche interdisciplinaire en santé**

Secteur santé publique

Faculté de médecine

Université de Montréal

C.P. 6128, Succursale Centre-Ville

Montréal (Québec) H3C 3J7, Canada

Téléphone : (514) 343-6185

Télécopieur : (514) 343-2207

**Adresse de notre site Web**

<http://www.gris.umontreal.ca/>