



# RAPPORT SYNTHÈSE



## ACCOUCHEMENT AVEC SAGES-FEMMES OU ACCOUCHEMENT PAR DES MÉDECINS

PRÉSENTÉ PAR

MCE CONSEILS

AVRIL 2016

## TABLE DES MATIÈRES

	Page
I - MANDAT .....	1
II - CONTEXTE .....	1
III - METHODOLOGIE.....	1
IV - REVUE DE LITTERATURE .....	2
V - COMPARAISON DES COÛTS.....	3
VI - ACCOUCHEMENT PAR CESARIENNE.....	6
VII - DEVELOPPEMENT DE LA PROFESSION ET ACCES AU SERVICE .....	7
VIII - CONCLUSION.....	8
ANNEXE - NOTES ET SOURCES DE REFERENCE .....	9



## I - MANDAT

MCE Conseils a été mandaté par la Fédération des professionnelles – CSN pour dresser le portrait financier des coûts selon les deux approches soit l'accouchement avec une sage-femme ou l'accouchement par un médecin. Une revue de la littérature financière sur le sujet a également été réalisée aux fins de comparaison.

## II - CONTEXTE

Le nombre de naissances au Québec, au cours des dernières années, était de l'ordre de  $\pm 88\,700$ <sup>Source 1</sup>, soit 1 % de la population. Les sages-femmes au Québec ont tardé à être réintégrées et elles ont accompagné les mères lors de 2 600 accouchements (2012-2013), soit moins de 3 % des naissances. Au Canada, c'est plutôt en moyenne 10 % des accouchements où les sages-femmes sont présentes. Certains pays européens (Pays-Bas (80 %) et Grande-Bretagne (100 %)) présentent des taux incomparables de naissances avec les sages-femmes et où ces dernières ont la responsabilité première en accouchement<sup>Source 2</sup>.

Le Québec a un important rattrapage à accomplir pour rejoindre la moyenne canadienne voire les pays cités comme modèle en la matière.

Aussi, les Pays-Bas présentent un taux de césariennes parmi les plus faibles des pays industrialisés<sup>Source 3</sup>. Au Québec, l'INESSS a produit un rapport en septembre 2012 afin d'encourager les naissances par accouchement naturel; c'est donc dire qu'il y a place à une diminution du nombre de césariennes.

Les ressources nécessaires pour les accouchements naturels (par voie vaginale sans intervention) en établissement de santé sont plus importantes et plus chères qu'en maison de naissance étant donné le coût des infrastructures des hôpitaux, le personnel médical employé globalement (médecins, infirmières et inhalothérapeutes impliquent des coûts élevés pour les actes ou pour la main-d'œuvre et un coût élevé pour la formation de la main-d'œuvre durant les études spécifiquement pour les médecins). Par ailleurs, cela oriente davantage cette main-d'œuvre qualifiée vers l'obstétrique alors que des besoins se font ressentir dans plusieurs autres champs d'activités (spécialisation) en médecine.

## III - MÉTHODOLOGIE

L'analyse avantage-coûts a été réalisée en deux étapes, soit, dans un premier temps, l'analyse des coûts de fonctionnement des activités des sages-femmes à partir des rapports financiers des établissements de santé offrant les services des sages-femmes. Et pour la rémunération des médecins en fonction des rapports financiers et statistiques de la RAMQ et des manuels de facturation de la RAMQ.

Cette étude est également accompagnée d'une recherche sur la littérature, concernant les coûts d'accouchement avec les sages-femmes et les accouchements par un médecin incluant certaines données statistiques.



#### IV - REVUE DE LITTÉRATURE

La revue de littérature scientifique a permis de recenser une panoplie d'aspects bénéfiques au recours et au développement de la profession des sages-femmes pour toutes catégories de nations confondues <sup>Source 4,9,13</sup>. **La philosophie et l'approche du continuum de soins et de services des sages-femmes se démarquent de l'approche médicale** et permettent à la mère et à son nouveau-né de bénéficier d'une saine grossesse, d'un bon développement de l'enfant et d'une récupération plus rapide de la mère après l'accouchement. Plus spécifiquement, l'accompagnement constitue l'un des moyens les plus importants pour les femmes qui souhaitent accoucher sans intervention auquel il faut considérer l'apport important d'éducation, de prévention et d'empowerment auprès des familles.

De toute évidence, la présence des sages-femmes apporte une contribution notable à une meilleure allocation des ressources; et dans un contexte où l'État québécois exige que le système de santé « réduise » ses dépenses alors cela est d'autant plus souhaitable.

Les sages-femmes sont largement reconnues comme apportant une contribution essentielle et « rentable » voire efficiente avec des soins de haute qualité en maternité et en néonatalité dans de nombreux pays.

Les études réalisées ont démontré qu'il y a une amélioration des résultats pour les soins obstétricaux à bien des égards avec les sages-femmes contribuant ainsi à une réduction des coûts du système de santé respectif des États.

Les coûts en Colombie-Britannique, selon une étude récente <sup>Source 12</sup> concernant le coût moyen d'un accouchement pour une mère pour une période de plus de 28 jours, au-delà de la date d'accouchement démontrent hors de tout doute que les coûts concernant la mère en maison de naissance sont de 2 162 \$ (et de 357 \$ pour le bébé), à l'hôpital par un médecin de 3 505 \$ (et de 1 073 \$ pour le bébé). Le coût de la naissance est donc moindre en maison de naissance de 1 343 \$ que par un médecin à l'hôpital en Colombie-Britannique.

Une étude américaine abonde dans le même sens quant aux coûts remboursés par les compagnies d'assurance; on peut y lire : « **Why do birth centers save money? First of all, vaginal births in birth centers simply cost less.** In 2011, the average Medicare/Medicaid facility services reimbursement for an uncomplicated vaginal birth in a hospital was \$3,998, compared with \$1,907 in birth centers ». <sup>Source 13</sup> Bien que ce soit le coût remboursé par les assurances cela donne une indication sur les coûts moyens aux États-Unis avec une sage-femme ou selon « l'approche médecin/hôpital » qui sont du simple au double.

Le coût moyen par accouchement pour toutes les maisons de naissance présentées à l'étude des crédits budgétaires du Québec mentionne qu' « en 2011-2012, le coût moyen d'un accouchement en maison de naissance a été évalué à 1 916 \$. » <sup>Source 14</sup>

**Il y a tout lieu de conclure que les coûts des accouchements avec sages-femmes sont sensiblement les mêmes en Colombie-Britannique, aux États-Unis et au Québec.**



## V - COMPARAISON DES COÛTS<sup>1</sup>

<b>Comparaison du coût d'un accouchement en milieu hospitalier par des médecins et d'un accouchement en maison de naissance avec sages-femmes</b>	
<b>Accouchement en milieu hospitalier par un médecin</b>	
Médecin (acte) <sup>2</sup>	622 \$
Anesthésiste <sup>3</sup>	76
Pédiatre (acte)	100
Autres actes et rémunération médecins <sup>4</sup>	
<b>Sous-total</b>	<b>798 \$</b>
<b>Hospitalisation<sup>5</sup> (mère-enfant)</b>	
Soins infirmiers	1 531
<b>Total coût de l'accouchement en milieu hospitalier<sup>6</sup></b>	<b>2 329 \$</b>
<b>Accouchement en maison de naissance<sup>7</sup> avec sages-femmes</b>	
Coût de l'accouchement avec une sage -femme <sup>8</sup>	880 \$
Autres frais liés à la maison de naissance <sup>9</sup>	985
<b>Coût de l'accouchement avec sages-femmes en milieu urbain</b>	<b>1 865 \$</b>
<b>Économie d'un accouchement en présence de sages-femmes</b>	<b>464 \$</b>
<b>Coût supplémentaire en milieu hospitalier</b>	<b>24,9 %</b>

<sup>1</sup> Les coûts par accouchement avec sages-femmes comprennent la rémunération des sages-femmes pour le continuum de services (prénatal, per natal et postnatal) et des accouchements, la masse salariale du personnel de soutien attiré à la maison de naissance ainsi que les charges directes.

L'approche méthodologique utilisée dans l'établissement des coûts (sages-femmes et en milieu hospitalier avec médecin) reposent sur les rapports financiers audités à partir de la base de données M-30 du MSSS et en fonction de la moyenne provinciale et plus spécifiquement les centres d'activités concernés notamment les soins infirmiers à la « maternité, soins de base aux nouveau-nés et bloc obstétrical (non répartis) » et les codes de facturation établis par le gouvernement et gérés par la RAMQ 2012-2013.

<sup>2</sup> Source : MSSS et moyenne déterminée selon les actes en semaine et en fin de semaine; ce montant ne comporte toutefois pas les actes médicaux complémentaires qui pourraient être facturés. Il est à noter qu'il n'y a pas avec une sage-femme puisque cela s'inscrit dans le continuum de soins lors de l'accouchement.

<sup>3</sup> Le coût des anesthésies a été ramené sur une base de coût moyen; en moyenne 7 accouchements sur 10 sont sous anesthésie au Québec. Elle comprend l'acte et la rémunération mixte du médecin.

<sup>4</sup> Ces données sont difficilement accessibles.

<sup>5</sup> Repas, buanderie et entretien non considérés.

<sup>6</sup> À cela, il faut ajouter les coûts de fonctionnement général et d'infrastructure de l'hôpital qui sont très élevés comparativement à la maison de naissance.

<sup>7</sup> La notion maison de naissance inclut également les accouchements à domicile.

<sup>8</sup> Il s'agit de 16 heures de rémunération de sages-femmes au coût horaire moyen de 55 \$/heure.

<sup>9</sup> Cette estimation de coût provient de la moyenne d'un suivi complet auprès de parturientes à Québec (3 019 \$) au net de la rémunération de 37 heures des sages-femmes (pour l'ensemble du continuum de service). Ainsi, les autres frais liés sont composés principalement de la masse salariale, de l'aide natale et de l'agente administrative et quant aux frais accessoires, ils sont de 197 \$ à Québec.



En comparant le coût d'un accouchement en milieu hospitalier par des médecins (2 329 \$) à celui d'un accouchement avec sage-femme en maison de naissance (1 865 \$), on constate que le coût est moindre par exemple en milieu urbain (Québec) de 464 \$/accouchement avec sages-femmes; il va sans dire que le coût est donc de  $\pm 25$  % plus cher en milieu hospitalier avec un médecin comparativement aux accouchements avec sages-femmes. L'État québécois pourrait se prévaloir d'économies de l'ordre de 2,9 millions de dollars par an en économie avec un taux d'accouchement de 10 % des naissances sur la rémunération sans compter les économies en coût hospitalier qui sont également importantes.

En Colombie-Britannique le coût est de 4 578 \$/accouchement (mère-enfant) par un médecin ; cela porte à croire que le coût est fort probablement plus élevé au Québec. Enfin, en Ontario, on parle d'une économie de 800 \$ en hôpital et de 1 800 \$ d'économies pour un accouchement hors d'un centre hospitalier avec sages-femmes.<sup>Source 19</sup>

Le coût global de suivi d'une grossesse (visites, cours prénataux, accouchement, soins à la mère et au nouveau-né, examen du nouveau-né, visites à domicile) incluant les frais de fonctionnement de l'équipe de travail était de 3 019 \$ en moyenne à Québec en 2013.

### 5.1 Suivi prénatal et postnatal

Une recherche indique que le suivi prénatal présente sensiblement les mêmes coûts <sup>Source 11</sup> ( $\pm 715$  \$), tant avec une sage-femme que par un médecin en termes de soins et de services pour le suivi de la grossesse alors que le suivi postnatal (mère et enfant) est moins cher avec une sage-femme (-235 \$); cela s'explique par le fait que le coût des actes par les médecins est plus élevé que la rémunération des sages-femmes.

Les sages-femmes par ailleurs ont une approche plus complète auprès des futurs parents, notamment sur l'accompagnement (suivi prénatal) et le soutien pour l'allaitement maternel (le taux d'allaitement est plus élevé avec une sage-femme que la moyenne) <sup>Source 10</sup>. D'ailleurs, les sages-femmes sont disponibles 24 heures sur 24, 7 jours sur 7. Cela a des effets des plus bénéfiques sur le poids des nouveau-nés à la naissance et sur le développement et la santé de ce dernier. À moyen et à long terme, il y a là des avantages indéniables qui ne sont pas quantifiables en termes de coûts et qui sont certainement des plus significatifs.

### 5.2 Les données financières et statistiques sur l'accouchement en milieu hospitalier par un médecin en 2012-2013

La tarification initiale de « l'accouchement » par des médecins repose initialement sur trois codes de facturation, soit établis en fonction des horaires de jour, soir-nuit et fin de semaine. Une rémunération annuelle est également consentie pour accomplir de la garde. De nombreux autres actes sont envisageables selon l'accouchement. Certains actes (soins post-partum durant l'hospitalisation) ne sont pas considérés dans l'analyse ils étaient de l'ordre de 60,06 \$ en moyenne dans le cadre 32 739 actes en 2013.

Par ailleurs, **c'est au Québec où le taux d'anesthésie épidurale pour les accouchements par voie naturelle est le plus élevé, soit à 71,4 %** comparativement au reste du Canada; ce qui fait en sorte que le coût est en moyenne beaucoup plus élevé compte tenu des coûts associés à ces actes médicaux. La moyenne canadienne est de l'ordre de 58,3 %. La Colombie-Britannique à un taux de 34,4 % (c'est le taux le plus faible des provinces) et l'Ontario a un taux de 63,3 % (seconde province plus élevée). Le Nunavut a un taux exceptionnellement bas à 7,4 %.<sup>Source 15</sup>



Quant au séjour au centre hospitalier dans les unités de soins, la durée est en moyenne de 1 ½ à 2 jours (mère et enfants, soit une moyenne de 3 jours au total) dans les faits les mères-enfants sortent du centre hospitalier la seconde journée suivant l'accouchement. La majorité des frais spécifiques est déterminée en fonction de ce nombre de journées.

Une demande d'information a été déposée auprès de la Régie de l'assurance maladie du Québec (RAMQ) afin d'obtenir le coût moyen des honoraires des médecins (et des médecins spécialistes) pour un accouchement par césarienne et pour un accouchement vaginal sans intervention médicale (AVSI); il n'y a toutefois pas eu d'information financière de produite à cet effet.

### **5.3 Les données financières et statistiques sur l'accouchement avec sages-femmes en 2012-2013**

Le nombre moyen d'usagères inscrites en maison de naissance est de l'ordre de 391 alors que le nombre moyen d'accouchements (suivis complets) est de 225. La maison de naissance ayant les volumes les plus élevés, soit de 591 usagères et de 303 accouchements est située à Sherbrooke (soit en milieu urbain) alors que celle ayant le volume le plus faible est située en région éloignée (Bas-Saint-Laurent), est de l'ordre de 122 usagères et de 87 accouchements. Ces données viennent établir le coût moyen par maison de naissance et traduisent les différentes réalités.

Les CSSS de Sherbrooke (3 075 \$), de Gatineau (3 313 \$) et de la Vieille-Capitale à Québec (3 019 \$) présentaient des coûts inférieurs pour les accouchements (suivi complet) avec une sage-femme; toutefois, la moyenne des CSSS est nettement supérieure (4 353 \$). Cela s'explique par plusieurs facteurs dont il y a lieu de s'enquérir étant donné que les coûts plus élevés pour les maisons de naissance sont justifiés et tout à fait raisonnables dans les contextes spécifiques à chacune. Voici notamment les explications :

- ▶ En effet, plusieurs maisons de naissance sont en région éloignée et la faible densité de la population fait en sorte qu'il y a moins de naissances (la disponibilité des médecins est également très faible) et, par ailleurs, les coûts d'accouchement en région sont également plus onéreux. Le CSSS de la Mitis au Bas-Saint-Laurent (7 685 \$).
- ▶ Plusieurs maisons de naissance sont en développement (CSSS du Haut-Richelieu-Rouville et CSSS de Chicoutimi);
- ▶ Les accouchements en établissement de santé plutôt qu'en maison de naissance sont dispendieux, soit au CSSS Jeanne-Mance à Montréal (4 644 \$). Il s'agit du même constat que l'étude de Jensen réalisée en Colombie-Britannique; c'est-à-dire que les coûts sont plus élevés lorsque les accouchements ont lieu à même l'hôpital; la maison de naissance à Montréal devrait voir le jour au cours de l'année 2014-2015.<sup>Source 14</sup> Alors que l'économie des coûts est clairement démontrée, l'ouverture de la maison de naissance était toujours en attente au moment de la rédaction de ce rapport.

### **5.4 Analyse des coûts de fonctionnement des maisons de naissance au Québec**

Les sages-femmes estiment à une moyenne de 37 heures au total pour le continuum de soins et de services auprès de la famille pour les trois étapes, soit plus précisément :

- ▶ À 13 heures pour le suivi prénatal incluant les cours donnés aux parents;
- ▶ À 13 heures pour la période per natale incluant la présence de la seconde sage-femme;



- ▶ Et 11 heures pour le postnatal dont 3 heures immédiatement après l'accouchement et incluant des visites à domicile.

Il faut par ailleurs ajouter le temps de gestion et le temps de formation qui représentent quelques heures par semaine pour les tâches non clinique (suivi administratif, formation, réunion d'équipe, etc.).

Le coût horaire moyen des équipes de travail est de l'ordre  $\pm 55,00$  \$/heure; ce qui signifie qu'un coût pour 37 heures de travail correspond à un coût moyen de 2 035 \$ auquel il faut ajouter les coûts de fonctionnement.

Le temps globalement travaillé des maisons de naissance ayant un taux élevé d'accouchement se situe entre 51 heures et 67<sup>10</sup> heures par accouchement au-delà de 300 naissances par CSSS; ce nombre d'heures de l'équipe de travail<sup>11</sup> inclut aussi une partie des suivis qui ont par la suite été transférés en établissement de santé lorsque la situation l'exige en vertu du règlement<sup>12</sup>. La moyenne de temps travaillé étant plus élevée entre autres pour les raisons suivantes : régions éloignées, démarrage et développement de maisons de naissance, centre hospitalier.

À noter que les sages-femmes atteignent les objectifs établis avec le Ministère quant aux cibles fixées, soit les suivis complets au nombre de quarante (40) dans un contexte non défavorable.

## VI - ACCOUCHEMENT PAR CÉSARIENNE

Pour sa part le gouvernement fédéral est préoccupé de la question des accouchements par césarienne : « En comparaison des accouchements vaginaux, les césariennes présentent plus de risques d'arrêt cardiaque, d'hystérectomie, d'infection, de fièvre, de pneumonie, de caillot sanguin et d'hémorragie et c'est sans parler des risques pour le bébé. En outre, elles sont plus coûteuses. En effet, au Canada, une première césarienne coûte environ 2 265 \$ de plus qu'un accouchement vaginal. Le système de santé canadien pourrait économiser près de 25 M\$ si le taux de premières césariennes (sans compter les césariennes répétées) était ramené à 15 % tel que recommandé par l'Organisation mondiale de la santé. » <sup>Source 18</sup>

Selon une étude, le Québec a un taux de césarienne (2011-2012) primaire (15,2 %) et secondaire (19,8 %). <sup>Source 15</sup>

Selon l'OMS, « En proportion des naissances dans la population, le taux de césariennes doit être compris entre 5 % et 15 % ... ». « De nombreux pays dépassent ces chiffres. Au-delà de 15 %, le recours à la césarienne est jugé comme abusif et aurait un impact plus négatif que positif, si on considère les risques de cette opération. Les experts s'accordent aujourd'hui à considérer des taux de césariennes supérieurs à 25 % comme anormaux. » <sup>Source 17</sup> Le taux de césarienne au Québec est de 22,5% en 2013.

---

<sup>10</sup> Dans ce cas précis, un grand nombre d'usagères est suivi, soit de 797 alors que la moyenne est de 391, soit la moitié moins.

<sup>11</sup> Sages-femmes, coordonnatrice/responsable des sages-femmes, aide natale, agentes administratives, etc.;

<sup>12</sup> Règlement sur les cas nécessitant une consultation d'un médecin ou un transfert de la responsabilité clinique à un médecin, Québec.



**Pour le Québec, on peut conclure que l'approche des naissances est somme toute très médicalisée.** Il y a là un changement d'orientation nécessaire afin d'assurer la contribution des sages-femmes selon le continuum de soins et de service qu'elles ont à offrir sous une approche globale.

### **6.1 Estimation du coût d'un accouchement par césarienne (2012-2013)**

Le coût de l'intervention et du séjour en centre hospitalier, selon les données relevées aux AS-471 des établissements de santé du Québec de 2012-2013 ainsi que selon les manuels respectifs de tarification des différents médecins, est estimé à  $\pm 7\,300 \$$ <sup>13</sup>, ce coût est nettement plus cher étant donné la complexité de l'intervention chirurgicale et cela sans considérer les risques et les impacts sur la santé de la mère et du nouveau-né. Cela demeure une estimation et le lecteur doit être conscient que l'objectif est d'illustrer le coût supérieur à un accouchement vaginal sans intervention. Au Québec, il y a 19 893 césariennes<sup>14</sup> (22,5% des naissances) et de ce nombre elles n'apparaissent pas toutes médicalement justifiées selon la littérature. Ce constat est avancé dans le rapport sur les mesures prometteuses<sup>Source 23</sup> et la politique de périnatalité.<sup>Source 24</sup> La province présente un taux stable depuis de nombreuses années; il y a lieu de se poser la question à savoir si ce nombre ne devrait pas plutôt être appelé à diminuer dans ce contexte.

« Les études concordent pour montrer que la requête des femmes pour une césarienne est souvent liée à des facteurs modifiables comme le manque de soutien. Ces femmes ont souvent des antécédents de césarienne ou une expérience de naissance traumatisante sur le plan psychologique ou physique lors de grossesses précédentes. Ces résultats indiquent que la réduction des césariennes évitables passe aussi par des interventions en amont qui visent la prévention de ces facteurs, la préparation et le soutien des femmes. »<sup>15</sup>

**De toute évidence, il apparaît y avoir plusieurs aspects sur lesquels le MSSS est en mesure d'agir pour mieux contrôler le taux de césariennes et la littérature est fort concluante sur les aspects davantage bénéfiques de l'accouchement « naturel » avec une sage-femme.**

## **VII - DÉVELOPPEMENT DE LA PROFESSION ET ACCÈS AU SERVICE**

La profession de sage-femme et les maisons de naissance sont en développement dans plusieurs régions de la province, toutefois, le développement semble limité pour plusieurs raisons (cohorte insuffisante et nombre restreint de places de stages). Chaque année on compte environ de 20 à 25 nouvelles sages-femmes, à ce rythme, il faudra encore environ 6 ans pour atteindre un taux de 10 % d'accouchements par les sages-femmes sans considérer le taux de remplacement de ces dernières.

---

<sup>13</sup> Ce coût moyen complet estimé comprend la rémunération mixte des médecins et des médecins spécialistes présents lors de l'accouchement, des coûts de l'équipe de salariés du bloc opératoire ainsi que les frais de gestion. Il est sujet à révision.

<sup>14</sup> RAMQ, tableau SM.11, 2013

<sup>15</sup> Source : Mesures prometteuses pour diminuer le recours aux interventions obstétricales évitables pour les femmes à faible risque, M. Rossignol, F. Boughrassa et J.-M. Moutquin, INESSS, septembre 2012.



L'État doit diligemment promouvoir, développer et soutenir la profession des sages-femmes. Il apparaît y avoir des listes d'attentes dans plusieurs maisons de naissance de la province et conséquemment de nombreuses femmes ne peuvent se prévaloir des services des sages-femmes.

## **VIII - CONCLUSION**

La pratique des sages-femmes se distingue tant par sa philosophie et le modèle de pratique que par la nature de la prestation des soins et des services dispensés que par les coûts et les bénéfices (santé de la mère et de l'enfant, taux d'allaitement supérieur, et développement de l'enfant, notamment) qui y sont associés. De toute évidence, la présence des sages-femmes apporte une contribution notable à une meilleure allocation des ressources dans un contexte où l'État québécois exige que le système de santé soit efficient.



## ANNEXE - NOTES ET SOURCES DE RÉFÉRENCE

1. Source : <http://www.stat.gouv.qc.ca/statistiques/population-demographie/naissance-fecondite/i210.htm>
2. Source : Pourquoi y a-t-il aussi peu de sages-femmes au Canada?, Ivy Lynn Bourgeault, Huffingtonpost, 25 novembre 2014.
3. Source : OMS, <http://www.who.int/fr>, 2015.
4. The Lancet est une revue scientifique médicale britannique, publiée à un rythme hebdomadaire par the Lancet Publishing Group.
5. Source : Midwifery, An Executive Summary for The Lancet's series, The Lancet, juin 2014.
6. Source : idem note 2.
7. Source : idem note 2.
8. Source : idem note 2.
9. Source Home Birth : Cost of Planned Home vs. Hospital Birth in BC Attended by Registered Midwives and Physicians, P. Janssen, C. Mitten & J. Aghajanian, UBC School of Population and Public Health, CIHR-IRSC. Oct. 2012.
10. Rapport final et recommandations – Projets pilotes – Sages-femmes – Conseil d'évaluation des projets pilotes – Québec, 1997, 140 pages.
11. Source : Projets-pilotes sages-femmes, Rapport final et recommandations, Conseils d'évaluation des projets-pilotes – Québec, 1997, 140 pages.
12. Source : Home Birth : Cost of Planned Home vs. Hospital Birth in BC Attended by Registered Midwives and Physicians, P. Janssen, C. Mitten & J. Aghajanian, UBC School of Population and Public Health, CIHR-IRSC. Oct. 2012.
13. Home research, New evidence confirms – Birth centers provide top-notch care, R. Dekker, American Association of birth centers, January 2013.
14. Source : Étude des crédits 2014-2015, ministère de la Santé et des Services sociaux, page 87.
15. Source : Fiche d'information, 2012-2013, Institut canadien d'information sur la santé, 7757-0614
16. Source : idem note 12.
17. Source : Guidelines for Monitoring the Availability and Use of Obstetric Services , en anglais, p. 42-43, Organisation mondiale de la Santé. Et Article du site Doctissimo : La césarienne : une opération trop banalisée
18. Institut canadien d'information sur la santé (2010a). Les soins de santé au Canada 2010, Ottawa, Ontario, Institut canadien d'information sur la santé. [En ligne] <http://secure.cihi.ca/>
19. Source : Pourquoi y a-t-il aussi peu de sages-femmes au Canada?, Ivy Lynn Bourgeault, Huffingtonpost, 25 novembre 2014.
20. Coordonnatrices, responsables des services de sages-femmes, aides natales, agentes administratives.
21. Nombre de membres sages-femmes.
22. Source : Étude des crédits budgétaires – 2014-2015 – MSSS.
23. Source : Mesures prometteuses pour diminuer le recours aux interventions obstétricales évitables pour les femmes à faible risque, M. Rossignol, F. Boughrassa et J.-M. Moutquin, INESSS, septembre 2012.
24. Politique de périnatalité 2008-2018 – Un projet porteur de vie, MSSS, 2008