

Prise en charge des dystocies par les sages-femmes dans des structures privées du quartier Zambia à Lubumbashi, République Démocratique du Congo

Eugénie L. Meta ¹, Francine T. Katang ¹, Victor B. Ndibualonji ², Marie-Claire O. Omanyondo ³, Françoise K. Malonga ⁴

¹ Institut Supérieur des Techniques Médicales de Lubumbashi, Lubumbashi, République Démocratique du Congo.

² Faculté de Médecine Vétérinaire, Université de Lubumbashi, Lubumbashi, République Démocratique du Congo.

³ Institut Supérieur des Techniques Médicales de Kinshasa, Kinshasa, République Démocratique du Congo.

⁴ Ecole de Santé Publique, Université de Lubumbashi, Lubumbashi, République Démocratique du Congo.

Résumé

Objectifs. Décrire les expériences vécues par les sages-femmes du quartier Zambia face à la dystocie et analyser leur capacité d'affronter différentes interventions obstétricales

Matériel et méthodes. Il s'agit d'une étude qualitative phénoménologique où les sages-femmes des centres de santé qui organisent le service de maternité ont été interviewées en prenant comme critère de sélection celles qui ont déjà dirigé une ou plus de 2 fois un cas de dystocie au quartier Zambia dans la ville de Lubumbashi (en RDC) dans 4 structures (centre de santé la gloire, Réhoboth, Piscine Bethesda et Génovick). Quatre de ces sages-femmes ont été retenues sur la période d'avril à mai 2015 dans les centres de notre recherche.

Résultats. Plusieurs types de dystocie auxquels les sages-femmes ont fait face ont été relevés (dystocie des épaules, accouchement des jumeaux, présentation du siège, présentation transversale, dystocie dynamique). Leurs attitudes étaient tributaires de leurs expériences antérieures, de la qualification, et des compétences pratiques. Elles ont fait recours à l'observation, l'imagination et à la prise de décision dans les situations qui dépassaient leurs compétences. De leur prise en charge, il s'est dégagé certaines difficultés dans leurs interventions liées à l'application des manœuvres, à leur qualification, au manque d'équipement et moyens de transport, au manque d'expérience et au retard avec lequel certaines parturientes se présentent à la maternité.

Conclusion. Pour améliorer leurs prestations, il y a nécessité de renforcer les capacités des sages-femmes, en organisant des formations continues et en équipant les services des maternités en matériel et équipements de qualité. Que le Ministère de la Santé Publique veille à la répartition équitable des ressources humaines qualifiées et compétentes entre les milieux urbains et ruraux.

Mots-clés : Sage-femme – Dystocie - Expérience – Lubumbashi.

Introduction

L'accouchement est un phénomène naturel pour une femme et pour toute la famille car elle annonce l'arrivée d'un être humain au monde. Mais cet événement dans certaines circonstances peut être douloureux à vivre au cas où surgissent au cours de celui-ci des complications

ou des situations à risque qui peuvent mettre en danger la vie du couple mère -enfant. Bien que la majorité des grossesses et des naissances se déroule sans incident, toutes les grossesses présentent néanmoins des risques. Environ 15% des femmes développent une complication susceptible de mettre leur vie en danger [1].

Correspondance:

Eugénie L. Meta, Institut Supérieur des Techniques de Lubumbashi, Lubumbashi, Rép. Dém. du Congo.

Téléphone: +243997168252 - Email: metandibwalonji@yahoo.fr

Article reçu: 02-10-2017 Accepté: 13-05-2018

Publié: 21-05-2018



Copyright © 2018. Eugénie L. Meta *et al.* This is an open access article distributed under the Creative Commons Attribution License, which permits unrestricted use, distribution, and reproduction in any medium, provided the original work is properly cited.

Pour citer cet article: Meta EL, Katang FT, Ndibualonji VB, Omanyondo MCO, Malonga FK. Prise en charge des dystocies par les sages-femmes dans des structures privées du quartier Zambia à Lubumbashi, République Démocratique du Congo. Revue de l'Infirmier Congolais. 2018 ; 2(2): 71-76.

Selon la Stratégie mondiale de la santé pour la lutte contre la mortalité et la morbidité maternelle et néonatale, toutes les femmes enceintes doivent faire l'objet d'une surveillance régulière dans une structure sanitaire devant administrer des soins de qualité pendant la grossesse, l'accouchement et dans le post partum immédiat par un personnel qualifié et très compétent [2]. Pour ce faire, la consultation prénatale constitue un cadre idéal de suivi des grossesses permettant de déceler certaines anomalies et risques liés à la grossesse ou à l'accouchement ; mais, il s'avère que d'autres complications ne seront révélées qu'au cours du travail d'accouchement, pendant ou en post-partum [3].

Le travail dystocique constitue dans 8 à 40% des cas l'une des causes de la césarienne. D'après l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) [4], cette intervention multiplie par trois les risques de décès maternels par rapport à un accouchement classique. D'après la même source, le travail dystocique et la complication de l'accouchement figurent parmi les causes de la mortalité par causes directes après les hémorragies du post-partum, l'infection, l'éclampsie, certaines interventions et traitements incorrects. En conséquence, cette intervention nécessite d'être pratiquée par un spécialiste en gynécologie-obstétrique dans les infrastructures appropriées avec un équipement et un matériel adéquats et de qualité. L'une des stratégies mondiales de la santé exige que les agents de santé compétents et motivés soient au bon endroit et au bon moment et qu'ils puissent compter sur l'infrastructure, les médicaments, le matériel et les règlements nécessaires [4]. D'après leur rôle défini par l'Organisation des Nations Unies, les sages-femmes qualifiées coordonnent les soins dispensés dans la communauté ou dans une maternité et assurent la continuité des soins essentiels durant la grossesse, l'accouchement et après celui-ci. Elles facilitent également le transfert de la mère et du nouveau-né depuis son domicile jusqu'à la maternité du centre de santé, et ensuite à l'hôpital où ils sont pris en charge par des obstétriciens, des pédiatres et d'autres spécialistes si besoin en est [2]. Elles sont présentes pour dispenser des soins de routine pendant les accouchements sans histoires, et elles sont capables de repérer et gérer les complications de l'accouchement avant qu'elles ne menacent la survie. Dans l'éventualité d'une complication grave ou d'une urgence, la sage-femme et les personnes ayant les compétences de la sage-femme organiseront un transfert immédiat vers un service assurant les césariennes ou vers d'autres services de soins qu'elles ne sont pas autorisées à fournir [2]. Cependant, le travail et l'accouchement dystociques font partie des urgences obstétricales dont la prise en

charge demande que les sages-femmes possèdent les connaissances antérieures en obstétrique et en néonatalogie, les compétences techniques ainsi que l'expérience pratique dans leur exercice sans lesquelles le risque de mortalité maternelle et néonatale s'accroît [5]. Il a été démontré que la probabilité pour une femme de mourir d'une cause liée à la maternité est de 1 sur 31 en Afrique subsaharienne contre 1 sur 4 300 dans les pays développés [6] tandis que le risque de mortinatalité pendant le travail, chez une femme africaine, est 24 fois plus élevé que pour une femme d'un pays riche [7].

C'est ainsi que les directives de l'OMS et de la Confédération internationale des sages-femmes (ICM) [8], définissent en rapport avec les accouchements sûrs, l'ensemble des soins essentiels et le rôle des compétences des sages-femmes dans leur prestation, à savoir : « Dispenser des soins de qualité, culturellement sensibles pendant le travail, réaliser un accouchement propre et sûr, et régler certaines situations d'urgence pour assurer au maximum la santé de la femme et du nouveau-né ».

De ce qui précède, la compétence ou le savoir-faire, l'expérience des sages-femmes et des obstétriciens sur les manœuvres à appliquer peuvent aider à résoudre le problème au cours d'un travail ou un accouchement dystocique avant de décider la solution de dernier recours qui est la césarienne [5]. Face à cette préoccupation, il est fort probable que les sages-femmes qui assistent les parturientes dans certains milieux urbano-ruraux soient moins qualifiées et ne possèdent pas des capacités nécessaires pour faire face à l'accouchement dystocique. Il est aussi possible que ces dernières travaillent seules, c'est à dire sans la supervision d'un médecin généraliste ou d'un obstétricien, rencontrant certaines difficultés au cours des dystocies.

Ainsi, cette étude avait pour objectif de décrire et analyser différents aspects de l'expérience des sages-femmes face aux dystocies dans notre environnement en vue de contribuer au renforcement de la qualité des soins administrés aux femmes enceintes et aux nouveau-nés en milieu reculé.

Matériel et méthodes

Une étude qualitative phénoménologique a été menée d'avril à mai 2015 dans 4 centres de santé (La Gloire, Réhoboth, Piscine Bethsaida et Génovick) du quartier Zambia dans la Commune de Rwashu de la ville de Lubumbashi en République Démocratique du Congo (RDC). L'échantillon d'étude a été constitué de 4 sages-femmes des centres de santé sus-mentionnés qui

organisent le service de maternité ; elles ont été enquêtées à partir d'une l'interview semi-structurée.

Les critères d'inclusion étaient d'être sage-femme dans les centres de santé ciblés pour notre enquête, avoir dirigé un ou plusieurs cas d'accouchements dystociques et avoir accepté volontairement de participer à notre étude. Les variables suivantes ont été considérées : les types de dystocies rencontrées, les différentes interventions des sages-femmes et les difficultés

rencontrées dans leur prise en charge. Les résultats ont été interprétés à partir de l'analyse de contenu d'enquête.

Résultats

Les résultats sont présentés dans les *tableaux 1, 2 et 3*. Le *tableau 1* résume les verbatim des enquêtés en ce qui concerne leur expérience face aux différents types de dystocie rencontrées.

Tableau 1. Expérience des sages-femmes face aux différents types de dystocie

Catégorie	Verbatim
Dystocie des épaules	« Ah ! pour moi la dystocie des épaules, pour la prendre en charge, j'applique la manœuvre de Mac Robert et les manœuvres de Léopold ; en cas d'échec, je réfère à la chirurgie »
Présentation du siège	« Quand je suis devant une présentation du siège, je ne touche pas le fœtus jusqu'à l'apparition de l'ombilic, je fais la rotation du fœtusen cas de résistance, j'introduis les deux doigts dans la bouche du fœtus pour qu'il dégage sa tête ».
Dystocie des présentations anormales (transversales, face)	« Si la position est transversale, je réfère directement à la salle d'opération pour sauver la vie de la mère et du bébé; si je constate la présentation de face et que la femme est primipare, je réfère la femme » « Si c'est une multipare, je fais l'épisiotomie ». «Si le deuxième jumeau est en transverse, j'introduis les deux doigts dans la bouche du fœtus légèrement jusqu'à ce qu'il va fléchir pour prendre une bonne position ; au cas où il n'y a pas des contractions, je réfère la femme ».
Dystocie dynamique	« En cas d'une diminution de contractions, je stimule avec les médicaments, en cas d'échec je transfère la parturiente vers un établissement bien équipé ».
Accouchement gémeaire	«Si le deuxième jumeau est en transverse, j'introduis les deux doigts dans la bouche du fœtus légèrement jusqu'à ce qu'il va fléchir pour prendre une bonne position ; au cas où il n'y a pas des contractions, je réfère la femme ».

Tableau 2. Interventions des sages-femmes

Catégorie	Verbatim
Connaissance des manœuvres	« Oh ! l'utilisation de certaines manœuvres est possible suite à ma connaissance acquise et au nombre d'années d'exercice ».
Qualification des sages-femmes	« Ma qualification fait partie de l'expérience ... elle m'aide à me défendre sur un acte posé».
Réalisation des manœuvres	« Quand je suis devant la dystocie de siège, je ne touche pas le fœtus jusqu'à l'apparition de l'ombilic, je renvoi le fœtus sur le ventre de sa mère... ». « J'avais jugé de placer la femme dans la position de quatre pattes et l'épaule restante est sortie ».
Compétences sur la pratique d'accouchement	« Eh! on me considère compétente grâce aux actes posés en cas d'urgence et si cela apporte une solution... ». « ... J'avais jugé bon de mettre la femme sous Théobald pour stimuler les contractions... ». « ...Le fœtus est apparu avec siège et les épaules suspendues, la rotation n'a pas apporté de solution et j'ai fait appel au médecin après son arrivée, il a aidé la femme ».

Tableau 2. Interventions des sages-femmes (suite)

Catégorie	Verbatim
Prise de décision	« En cas de dystocie, la prise de décision n'est pas un hasard, elle survient lorsque je suis au bout de mes connaissances ... ».
Expérience par observation	« J'ai acquis une expérience par observation pendant que je torchonnais mais malheureusement je n'avais aucun bagage intellectuel ».
Expérience par imagination	« Avec ma connaissance, je peux imaginer faire mieux une technique que je n'ai jamais pratiquée, mais pouvant donner solution sur le cas qui est devant moi ».

Tableau 3. Difficultés rencontrées (expériences négatives vécues) par les sages-femmes

Catégorie	Verbatim
Application de fausses manœuvres	« ..., après la sortie du premier enfant, si le deuxième est en transversale, j'introduis les deux doigts dans la bouche du fœtus légèrement jusqu'à ce que qu'il va fléchir pour prendre une bonne position ».
Qualification faible des infirmières	« J'ai étudié peu mais j'ai trop pratiqué, je pose d'autres actes sans explications »
Manque d'équipements et de moyens de transport	« J'ai eu une dystocie des épaules dont je ne savais pas transférer la femme ; j'avais jugé bon de placer la femme dans la position de quatre pattes ». « Le moyen de transport dans notre milieu reculé pose toujours problème lors d'une urgence ; actuellement ce sont les motards qui nous facilitent la tâche ».
Retard des parturientes	«..., si la femme arrive en retard avec une rupture des membranes et une forte hémorragie, je suis dans l'obligation de la transférer sans hésiter ».
Manque d'expérience	« ..., il y a des graduées qui n'ont pas d'expérience... ». « une manœuvre est difficile ou compliquée lorsque je ne suis pas certaine de ce que je fais ».

Discussion

La prise en charge d'une dystocie en milieu pauvre et reculé exige des accoucheuses qualifiées, c'est-à-dire qui possèdent des connaissances approfondies sur le déroulement du travail normal. Il s'agit des compétences pour déceler à temps toute anomalie au cours du travail d'accouchement et pouvoir poser des actes qui peuvent sauver la vie de la mère et de l'enfant en présence d'un médecin ou pas. Dans ce travail, nous allons discuter du profil des infirmières, des différentes interventions réalisées, des types de dystocies et des difficultés rencontrées par les sages-femmes.

Profil des enquêtées

La majorité des sages-femmes sont de niveau A3 (40%) et A1 (40%), dont l'âge était compris entre 25 et 34 ans avec une expérience professionnelle de 1 à 5 ans dans la majorité de cas. Le niveau d'étude est une

barrière au suivi et à l'évaluation du déroulement des grossesses et du travail d'accouchement. Le Rapport de UNFPA et ONU [2] précise qu'il faut un personnel qualifié et compétent dans les services de maternité et dans les salles de naissances. Dans la présente étude, l'expérience professionnelle des sages-femmes était inférieure à 6 ans. Or, l'expérience professionnelle ajoutée à la formation dans le domaine de l'accouchement ou à la qualification est un atout pour le diagnostic de dystocie et pour les interventions réservées aux cas compliqués [2].

Expériences des sages-femmes

Les sages-femmes ont fait face durant leurs prestations à quelques types de dystocies : la dystocie des épaules, l'accouchement de jumeaux, la présentation du siège, la dystocie dynamique et la présentation transverse. Pour reconnaître ces dystocies, elles ont commencé par poser le diagnostic sur base de leurs connaissances anté-

rieures. D'après leur rôle, non seulement elles dispensent des soins de routine pendant les accouchements sans histoires mais elles sont aussi capables de repérer et gérer les complications de l'accouchement ou une urgence obstétricale, avant qu'elles ne menacent la survie [2].

Quant aux différentes interventions des sages-femmes, elles ont porté sur la dystocie selon qu'elle était dynamique ou mécanique. Dans les deux cas elles ont fait recours à leurs connaissances antérieures sur les manœuvres, à la réalisation de ces manœuvres, à leur qualification ou leur expérience, à leurs compétences dans la pratique d'accouchement et à la prise de décision. Les manœuvres appliquées étaient en rapport avec la dystocie de siège où elles ont observé l'accouchement, jusqu'à la sortie de l'ombilic et par la suite le fœtus a été basculé sur le ventre de la mère en vue de dégager la tête de l'enfant ; il s'agit des manœuvres de Brachet et Mauriceau [5]. Dans la dystocie des épaules, elles ont appliqué une position à quatre pattes (genou-pectoral) pour dégager l'épaule du fœtus. Toutes ces manœuvres font intervenir des compétences sages-femmes et l'expérience antérieure vécue au cours d'une autre situation semblable. Dans tous les cas, la conduite à tenir devant une dystocie nécessite une analyse simultanée de nombreux paramètres pour lesquels l'expérience de « l'art obstétrical » joue beaucoup [9].

Les sages-femmes ont préconisé la redynamisation du travail d'accouchement en administrant l'ocytocine en perfusion (théobald) pour stimuler les contractions utérines et cela avait donné de bons résultats. Les sages-femmes ont des compétences pour exécuter certaines interventions mineures qui relèvent de leurs rôles propres comme l'administration des ocytociques, des analgésiques, gestes qui permettent de supporter les contractions et concourent à la dilatation du col [3,10]. Mais pour des cas qui sont irréductibles ou qui les dépassent elles doivent travailler en collaboration avec le spécialiste en obstétrique pour faire recours à la césarienne ou transférer vers une structure plus compétente. Mais cette intervention demande d'être pratiquée dans les infrastructures appropriées, avec du matériel et un équipement adéquat et de qualité. Il se pose encore beaucoup de problèmes liés à la qualité de cette intervention, à la qualification du personnel, à l'équipement et au matériel des salles d'opérations qui sont souvent vétustes et inappropriés ainsi qu'au niveau socio-économique des femmes quant au coût de cette dernière [11]. Selon l'UNFPA, les femmes les plus exposées à la mortalité étaient celles qui vivaient dans les milieux aux ressources restreintes, qui étaient plus vulnérables en raison de la maladie, de la pauvreté, de

la discrimination et de l'accès limité aux soins [12]. Les sages-femmes de notre étude ont pu réaliser le transfert de certains cas compliqués avec beaucoup de difficultés liées au moyen de déplacement et elles ont dit qu'elles utilisaient à défaut les motards pour le transport des parturientes vers une structure compétente.

L'ONU et l'UNFPA [2] reconnaissent qu'elles sont capables d'organiser un transfert immédiat vers un service assurant les césariennes ou vers d'autres services de soins qu'elles ne sont pas autorisées à fournir.

Difficultés rencontrées

Cette étude a démontré que les sages-femmes ont rencontré certaines difficultés liées à une faible qualification, au retard avec lequel certaines femmes se présentent dans les structures, à l'inexpérience quant à la réalisation de certaines tâches et au manque d'équipement et moyens de déplacement. L'insuffisance des accoucheuses qualifiées est un sérieux problème dans notre milieu et surtout en milieux périphérique et rural. Il existe une différence énorme entre accoucheuses qualifiées et traditionnelles, ces dernières n'ayant pas reçu de formation professionnelle [8]. Dans notre pays il se pose encore des problèmes dans la répartition des structures et des effectifs des accoucheuses qualifiées devant s'occuper des femmes et des nouveau-nés [13]. L'une des stratégies mondiales recommande de former un nombre suffisant de sages-femmes compétentes, motivées et bien secondées et d'autres agents de santé ayant les compétences des sages-femmes pour la survie des femmes et des nouveau-nés [14]. L'étude de Gastineau [15] a démontré qu'il n'y a pas de relation entre l'offre et la demande, dans les régions bien équipées en structures et en personnel, des barrières sociales et culturelles restreignent l'accès aux soins pour les femmes. Dans une analyse récente sur la santé de la mère, du nouveau-né et de l'enfant, cette incohérence est démontrée [16].

Les interventions effectuées par les sages-femmes ne font pas état de l'usage des instruments comme le Forceps et la ventouse en milieux reculés pour éviter un pourcentage élevé des césariennes dans ces milieux. Le diagnostic de dystocie est encore difficile à poser pendant les consultations prénatales et les cas qui échappent au contrôle du personnel soignant, constituent un risque pour la vie du couple mère-enfant.

D'après l'OMS [17], les compétences, combinaisons mobilisables de savoirs, savoir-faire et savoir être acquis à travers la formation et l'expérience, permettent de réaliser les activités demandées dans le cadre d'une situation professionnelle d'une dystocie.

Pour ce faire, les sages-femmes doivent pouvoir travailler dans un environnement favorable. Cet environ-

nement favorable va bien au-delà de l'obtention des médicaments nécessaires et des fournitures médicales au bon moment et au bon endroit (c'est-à-dire dans la salle de travail). L'équipe de la maternité a également besoin d'équipement, de moyens de communication et d'un système d'aiguillage fonctionnel [18].

Conclusion

Nos résultats montrent que les expériences des sages-femmes des structures enquêtées sont influencées par leurs expériences antérieures, leurs compétences pratiques, et leurs qualifications. Ces expériences étaient basées sur l'observation, l'imagination et sur la prise de décision dans les situations qui dépassent leurs compétences. Dans la prise en charge des femmes avec dystocie, elles ont rencontré certaines difficultés liées à

l'application des manœuvres, à leur qualification, au manque d'équipement et moyens de transport, au manque d'expérience et au retard avec lequel certaines parturientes se présentent à la maternité. Pour améliorer leurs prestations, il y a nécessité de renforcer les capacités des accoucheuses, en organisant des formations continues et en équipant les services des maternités en matériel et équipements de qualité. Que le Ministère de la santé veille à la répartition équitable des ressources humaines qualifiées et compétentes entre les milieux urbains et les milieux reculés. ■

Conflicts d'intérêt : Aucun

Références

1. OMS, FNUAP, UNICEF, Banque mondiale. Prise en charge des complications de la grossesse et de l'accouchement: Guide destiné à la sage-femme et au médecin. OMS : Genève ; 2004.
2. ONU, UNFPA. La pratique de sage-femme dans le monde, naissances réussies, vies sauvées. Organisation des Nations Unies : Genève ; 2011.
3. Lansac J, Magnin G. Obstétrique pour le praticien. 5e édition. Masson : Paris ; 2008.
4. OMS, FNUAP, UNICEF, Banque Mondiale. Réduire la mortalité maternelle, Déclaration commune. OMS : Genève ; 1999.
5. Schaal JP, Rieethmuller D, Maillet R. Mécanique et Techniques obstétricales. 3ème éd. Montpellier : Sauramps Médical ; 2007.
6. OMS, UNCE, UNFPA et Banque mondiale. Tendances de la mortalité maternelle : 1990-2008. OMS : Genève ; 2010.
7. Cousens S, Blencowe H, Stanton C, Chou D, Ahmed S, Steinhardt L, et al. National, regional, and worldwide estimates of stillbirth rates in 2009 with trends since 1995: a systematic analysis. *The Lancet* 2011; 377(9774): 1319-1330.
8. OMS. Confédération Internationale des sages-femmes, fédération Internationale des gynécologues et obstétriciens, 2004. In : ONU/UNFPA. La pratique de sage-femme dans le monde, naissances réussies, vies sauvées. Genève : Organisation des Nations Unies ; 2011.
9. Lansac J, Body G, Perrotin F, Marret H. Pratique de l'accouchement. 4ème éd. Masson : Paris ; 2006.
10. Merger R, Levy J, Melchior J. Précis d'Obstétrique. 5e édition. Masson : Paris ; 1993.
11. Organisation des Nations Unies. Stratégie mondiale pour la santé de la femme et de l'enfant. New York : ONU ; 2010.
12. UNFPA. Les facteurs sociaux déterminant la mortalité et l'invalidité maternelles. Consulté le 23 décembre 2017 et accessible sur : <https://www.unfpa.org/sites/default/files/resource-pdf/FR-SRH%20fact%20sheet-Poormother.pdf>
13. Maclean GD. The Challenge of preparing and enabling skilled attendants to promote safer childbirth. *Midwifery* 2003; 19: 163-169.
14. WHO, UNFPA, UNICEF and World Bank. Joint country support for accelerated implementation of maternal and newborn continuum of care. 22 juillet 2008. Available from http://www.portal.pmnch.org/mediacentre/news/statements/2008/who_unfpa_unicef_joint_country_support.pdf
15. Gastineau B. Offre de soins, recours aux soins de Santé des femmes en Tunisie. CERPOS D321, Université de Paris X, Nanterre, France ; 2003, p 407-423.
16. Molla YB, Rawlins B, Makanga PT, Cunningham M, Ávila JEH, Ruktanonchai CW, et al. Geographic information system for improving maternal and newborn health: recommendations for policy and programs. *BMC pregnancy and childbirth* 2017; 17(1) : 26.
17. OMS. Les compétences. Organisation Mondiale de la Santé: Genève ; 2002.
18. ONU, UNFPA. La pratique de sage-femme dans le monde, naissances réussies, vies sauvées. Organisation des Nations Unies : Genève ; 2011.