



L'implémentation d'un algorithme d'évaluation du comportement de la femme en travail constitue-t-elle une amélioration de la qualité des soins apportés par les sages-femmes ?

Alice BOCOgnANO

Sage-femme
Maternité du Centre Hospitalier La Ciotat
Formateur Co-Naître

Paru dans Les dossiers de l'obstétrique Vol 45, N°482, Juillet 2018 p. 20-25

Résumé

La maternité du Centre Hospitalier de La Ciotat est une maternité de type 1 qui détient le label « Initiative pour un Hôpital Ami des Bébés » depuis 2011. Les professionnels mènent une réflexion permanente sur l'amélioration de la qualité des soins. Dans le contexte actuel qui vise à adopter des pratiques raisonnablement médicalisées en salle de naissance, la participation active des couples durant le travail est devenu nécessaire.

Nous avons donc voulu évaluer si l'implémentation d'un algorithme d'évaluation du comportement de la femme en travail permet de soutenir sa participation active et constitue une amélioration de la qualité des soins du point de vue des sages-femmes.

Matériel et méthode

Etude rétrospective, qualitative, de satisfaction de l'utilisation d'un outil auprès des sages-femmes du Centre hospitalier de La Ciotat à partir d'un questionnaire en ligne.

Résultats

L'implémentation de l'algorithme s'est faite sans difficultés et sans formation spécifique. Plus de 80% des sages-femmes considèrent que l'algorithme est plus pertinent pour évaluer la douleur que l'échelle visuelle analogique (EVA) et qu'il constitue en cela une amélioration dans l'évaluation de la capacité des femmes à « faire face ».

Les sages-femmes considèrent majoritairement que l'algorithme présente des bénéfices pour les femmes en travail notamment en leur permettant de prendre conscience de leurs propres ressources et de les mobiliser.

La majorité des sages-femmes considère que l'algorithme les aide à proposer un accompagnement de meilleure qualité centré sur la personne.

La totalité des sages-femmes souhaitent continuer à utiliser l'algorithme dorénavant.

Conclusion

L'utilisation de cet algorithme d'évaluation du comportement de la femme en travail comparé à l'EVA est plus pertinente et constitue une amélioration dans l'évaluation de la capacité des femmes à « faire face » au travail de l'accouchement.

Les sages-femmes considèrent que l'utilisation de l'algorithme permet de soutenir la confiance des parents en leurs capacités à mettre au monde leur enfant grâce à une stratégie d'empowerment. Il favorise la participation active des femmes.

L'unanimité des sages-femmes souhaitent continuer à l'utiliser et optimiser son usage en le présentant aux couples en anténatal.

L'algorithme est donc adapté à leur pratique et constitue une amélioration de la qualité des soins qu'elles apportent aux femmes durant le travail.

Depuis quelques années, les sociétés savantes sous l'influence des associations d'utilisateurs mais également de données de la science, tendent à recommander aux professionnels de périnatalité de limiter les procédures invasives durant le travail et l'accouchement lorsque celles-ci ne sont pas médicalement justifiées (15, 32). Les sociétés savantes d'Obstétriciens et de Sages-Femmes de différents pays tels que les Etats-Unis, le Canada ou le Royaume Uni (ACOG, RCM, RCOG, SOGC) ont émis des recommandations allant dans le sens de pratiques raisonnablement médicalisées. En France, de nouvelles recommandations émanant de la Haute Autorité de Santé concernant la prise en charge de l'accouchement normal sont en cours de rédaction et en 2016, le Collège National des Sages-Femmes a émis des recommandations sur l'utilisation justifiée des ocytociques (33).

Cette tendance à la prise en charge du travail raisonnablement médicalisée devient une préoccupation quotidienne dans nos salles de naissance.

Un des freins à une attitude moins interventionniste est la difficulté à favoriser la participation active des femmes et de leur accompagnant durant la parturition. Ceci est probablement en lien avec :

- un défaut d'information éclairée en anténatal qui permettrait aux couples d'anticiper l'expérience de la naissance et de s'équiper de ressources pour les aider à appréhender,
- l'organisation des soins en salle de naissance (une sage-femme pour 2/3 femmes) qui rend difficile voire impossible le soutien continu,
- le nécessaire « turn over » des salles de naissance pour faire face à une activité intense après la fermeture de la moitié des

maternités françaises en 30 ans (17).

Ceci explique en partie qu'à de nombreuses occasions, les professionnels adoptent une attitude active dans la gestion du travail.

Parallèlement, les usagers nous font entendre que les femmes souhaitent participer aux décisions qui concernent leur santé et celle de leur bébé durant l'accouchement, et de pouvoir participer activement à sa naissance (29, 30).

Dans ce contexte, nous sommes tenus de trouver des stratégies pour accompagner les couples en se centrant sur leurs besoins, leurs attentes, leur singularité et d'individualiser nos soins.

Favoriser la participation active permet d'une part d'augmenter les chances d'un accouchement eutocique et d'autre part d'augmenter la confiance des couples en leur capacité à mettre au monde leur enfant (6). Ce sentiment de puissance peut être pourvoyeur d'une plus grande confiance en leur capacité à s'adapter à leur nouveau rôle de parent.

Depuis une décennie, les salles de naissance en France s'équipent de matériel et de techniques permettant aux femmes d'être actives dans le déroulement du travail.

Les professionnels guident les femmes dans l'utilisation de ces ressources en se basant notamment sur l'évaluation de la douleur du travail. Cette évaluation repose pour la plupart des équipes de maternité françaises sur l'EVA (Echelle Visuelle Analogique).

Pourtant, les professionnels de périnatalité admettent que cet outil n'est pas adapté à la douleur de la parturition.

La douleur est hautement personnelle et a des composantes aussi bien émotionnelles que sensorielles. Les perceptions de la douleur sont influencées par les facteurs environnementaux et sociaux, et par les expériences personnelles et la culture. Par conséquent, la perception douloureuse d'un individu est unique et distincte de celle d'une autre personne. La douleur au cours du travail et de l'accouchement est difficile à définir, tout comme à évaluer (1). La douleur de l'accouchement est soit fêtée, soit au contraire déconsidérée, en fonction des modèles personnels et culturels de la femme et de ses attentes. Parce qu'il existe de multiples facteurs influençant la douleur et sa perception par la femme au cours du travail, évaluer avec soin la douleur au cours du travail est en pratique clinique, un défi (1).

Simkin et Bloding (8) définissent les éléments psychologiques de la souffrance pour une femme en travail comme « une menace pour le corps ou l'esprit ; impuissance et perte de contrôle ; ressources insuffisantes pour faire face à la situation de détresse ». Merriam-Webster définit la souffrance comme « se soumettre à ou être forcée d'endurer, de subir, d'expérimenter quelque chose avec en particulier son caractère inéluctable et inévitable ». Le travail est quasiment toujours inévitable et inéluctable quand un enfant vient au monde. En dépit de la connotation négative des mots « inévitable » et « inéluctable », ils sont aussi synonymes de nécessaire et de prévisible. L'habileté d'une femme à anticiper et à savoir qu'elle participera activement à son accouchement peut changer l'expérience de souffrance en état d'acceptation bien géré et anticipé. C'est le droit d'une femme de recevoir un soutien pour un modèle de soin qui encourage sa participation active au cours du travail, qu'elle choisisse une méthode

pharmacologique ou non pharmacologique de gestion du travail. Le niveau de confiance d'une femme dans sa capacité à faire face au travail est un des meilleurs prédicateurs de la façon dont elle expérimente le travail (1).

En 2001, une équipe de sages-femmes de l'hôpital universitaire de l'Utah à Salt Lake City cherche à créer un outil approprié pour assister les femmes en travail pour la prise en charge de la douleur, tout en répondant aux standards de qualité d'évaluation de la douleur.

A partir d'une revue de la littérature, elles décident que « Coping » (faire face) est plus adapté à décrire ce qu'elles évaluent plutôt que le niveau de douleur sur une échelle numérique de 0 à 10 (1).

On peut traduire ce terme en Français par les termes « faire face ». On parle de « coping » pour désigner les réponses, réactions, que l'individu va élaborer pour maîtriser, réduire ou simplement tolérer la situation aversive.

Le coping peut prendre des formes très diverses. Il peut s'agir de cognitions (évaluation de la situation stressante, évaluation de ses ressources, recherche d'informations,...), d'affects (expression ou au contraire répression de la peur, de la colère, de la détresse,...) et de comportements (résolution du problème, recherche d'aide,...). Tout ceci permet au sujet confronté à l'adversité de tenter de transformer la situation et/ou de se modifier lui-même pour la rendre plus tolérable (5, 31).

Lazarus et Folkman définissent le stress comme une « transaction particulière entre un individu et une situation dans laquelle celle-ci est évaluée comme débordant ses ressources et pouvant mettre en danger son bien être » (5, 31).

« Le Coping est défini comme un modèle spécifique de réponse au stress par lequel les perceptions d'un individu, ses

émotions et ses comportements préparent l'adaptation et le changement ». Parce que la douleur est inhérente à toute une partie du travail, aider une femme à faire face aux sensations qu'elle vit, peut l'aider aussi à atténuer le sentiment d'impuissance et la souffrance. Faire face efficacement au travail a été relié à des niveaux bas de douleur, à une issue positive de la naissance, une plus grande satisfaction à l'égard de l'expérience de naissance, et plus de confiance en soi (1, 5).

Pour Chantal Razurel, le coping permet, soit de modifier le problème (le résoudre, le réduire, le différer), soit de se modifier soi-même (réguler ses affects, ses cognitions, son état physiologique). Les études menées sur les *stratégies de coping* déployées par les parents, en réponse aux changements engendrés par la naissance d'un enfant sont relativement rares. La littérature semble montrer que les stratégies centrées sur le problème sont plus adéquates et permettent une meilleure adaptation aux situations rencontrées, alors que les stratégies d'évitement favoriseraient les symptômes dépressifs (Faisal-Cury et al., 2004, Van Bussel et al., 2009, Honey et al., 2003). Ces stratégies vont permettre aux mères de faire face aux différents événements de la naissance de manière plus ou moins efficace et peuvent influencer leur sentiment de compétence (5).

La maternité du Centre Hospitalier de La Ciotat est une structure de type 1 située dans les Bouches du Rhône et appartenant au réseau Méditerranée. Elle voit naître environ 900 enfants par an. Elle détient le label « Initiative pour un Hôpital Ami des Bébés » (IHAB) depuis 2011. La recommandation 12 (Mother Friendly Care) émise par l'OMS (32) dans le cadre de la démarche IHAB a amené depuis plusieurs années les professionnels de

l'équipe à mener une réflexion sur les pratiques de soins en salle de naissance. 2 groupes de travail se réunissent chaque mois et ont pour mission de rédiger les procédures nécessaires dans le cadre de :

- La naissance non médicalisée.
- La prise en charge de l'accouchement normal, à terme, pour un singleton en présentation céphalique.

Les sages-femmes évaluent la douleur durant le travail soit à l'aide de l'EN, soit sur le comportement de la femme, soit de façon binaire (mal/pas mal, calme/algique).

C'est à l'occasion d'une session d'un groupe de travail que le constat a été fait de la nécessité de trouver un outil permettant une évaluation de la douleur qui mutualiserait douleur et comportement. Nous avons donc décidé d'adapter « The Coping With Labor Algorithm » implémenté en 2010 à l'Hôpital universitaire de l'Utah à notre unité et nos pratiques.

Après en avoir fait une traduction en Français et échangé avec l'auteur Leissa Roberts, l'algorithme a été présenté aux sages-femmes qui ont accepté de le tester.

Ce travail consiste à évaluer si l'implémentation d'un algorithme d'évaluation du comportement de la femme en travail constitue une amélioration de la qualité des soins du point de vue des sages-femmes. Il s'agit d'une étude rétrospective, qualitative, de satisfaction d'un outil auprès de toutes les sages-femmes du Centre hospitalier de La Ciotat quel que soit leur mode d'exercice. Soit un total de 17 sages-femmes concernées.

Résultats et interprétation

TAUX DE REPONSE

17 sages-femmes exerçaient sur la maternité de La Ciotat durant notre étude. 4 d'entre elles ne pratiquent pas en salle de naissance. Le taux de réponse au questionnaire est de 16 sur 17 soit 94%.

FREQUENCE D'UTILISATION DE L'ALGORITHME

Plus de la moitié des sages-femmes ont eu l'occasion d'utiliser l'algorithme plus de 4 fois au cours de la période d'étude. 14 sages-femmes sur 16 l'ont utilisé au moins une fois.

EVALUATION DE LA DOULEUR AU COURS DU TRAVAIL : COMPARAISON EN/ALGORITHME

Avant la mise en place de l'algorithme, la totalité des sages-femmes évaluaient la douleur sur le comportement de la femme, la moitié d'entre elles s'aidait de l'EN et un quart posait une question binaire de type : « avez-vous mal ou non ? ».

81.3% des sages-femmes considéraient que les termes « Fait face » et « Ne fait pas face » sont plus pertinents pour évaluer la douleur et le ressenti des femmes en travail.

Plus de 80% considèrent que l'algorithme constitue une amélioration dans l'évaluation de la douleur durant le travail.

OBJECTIFS IMAGINES PAR LES SAGES FEMMES DE L'OUTIL

La représentation que se sont faite les sages-femmes de l'outil permet de dire qu'elles ciblaient 2 objectifs à atteindre grâce à l'algorithme :

- Une aide aux professionnels grâce à une meilleure évaluation du ressenti de la femme en travail et une proposition d'accompagnement plus adaptée à ses besoins (N=14).
- Une aide aux couples en leur permettant de prendre conscience de leurs propres ressources et de prendre confiance en leur capacité

à mettre au monde leur enfant (N=3).

Les sages-femmes ont donc une représentation de l'outil qui leur permettrait de favoriser la participation active des couples par un processus d'empowerment.

BENEFICES DE L'UTILISATION DE L'ALGORITHME

Les sages-femmes considèrent majoritairement (N=9) que l'algorithme présente des bénéfices pour les femmes en travail notamment en leur permettant de prendre conscience de leurs ressources (N=3) et en proposant un accompagnement de meilleure qualité (N=6) centré sur la personne.

Elles ont expérimenté que les bénéfices étaient plus marqués pour les femmes qui envisagent un accouchement non médicalisé ou sans péridurale (N=4). Mais également pour celles qui ont bénéficié d'une préparation à la naissance et à la parentalité solide (N=3) et aussi celles qui n'en ont pas du tout bénéficié (N=2). Elles soulignent également que l'algorithme présente plus d'intérêts pour les femmes qui ne font pas face (N=3).

La représentation que les sages-femmes se font de l'outil semble être corroborée par l'étude qui montre que l'utilisation de l'algorithme semble soutenir la confiance des parents en leurs capacités à mettre au monde leur enfant grâce à une stratégie « d'empowerment ».

Elle est d'autant plus bénéfique que les parents ont été bien préparé en anténatal, ou au contraire pas du tout. Ceux qui ont été préparé possèdent déjà des stratégies pour « faire face » que la sage-femme va suggérer et/ou soutenir. Pour ceux qui ne l'ont pas été, l'outil aide la sage-femme à faire émerger avec le couple les ressources qu'ils possèdent et à les exploiter.

DIFFICULTES RENCONTREES

Plus d'un tiers des sages-femmes n'a rencontré aucune difficulté. Cependant un tiers note que la fréquence d'évaluation est trop élevée et non réaliste avec l'activité moyenne de la salle de naissance.

OPTIMISATION DE L'OUTIL

Quasiment la moitié des sages-femmes (N=7) n'envisage pas de modification. Les améliorations les plus fréquemment proposées concernent le fait de le présenter aux couples en anténatal (N=3) afin d'assurer la continuité de la qualité des soins et d'amener plus de souplesse dans la fréquence d'évaluation.

BESOINS EN FORMATION

La majorité des sages-femmes déclare ne pas avoir besoin de plus de formation pour utiliser l'algorithme (N=11). 3 d'entre elles se montrent intéressées par de la formation sur les interventions non pharmacologiques pour permettre à la femme de faire face.

POURSUITE DE L'UTILISATION DE L'ALGORITHME

La totalité des sages-femmes souhaite continuer à utiliser l'algorithme dorénavant.

Conclusion

L'implémentation d'un algorithme d'évaluation du comportement de la femme en travail dans une maternité de type 1 s'est fait sans difficultés et sans formation spécifique.

L'utilisation de cet algorithme d'évaluation du comportement de la femme en travail comparé à l'EVA est plus pertinente et représente une amélioration dans l'évaluation de la douleur de la femme en travail.

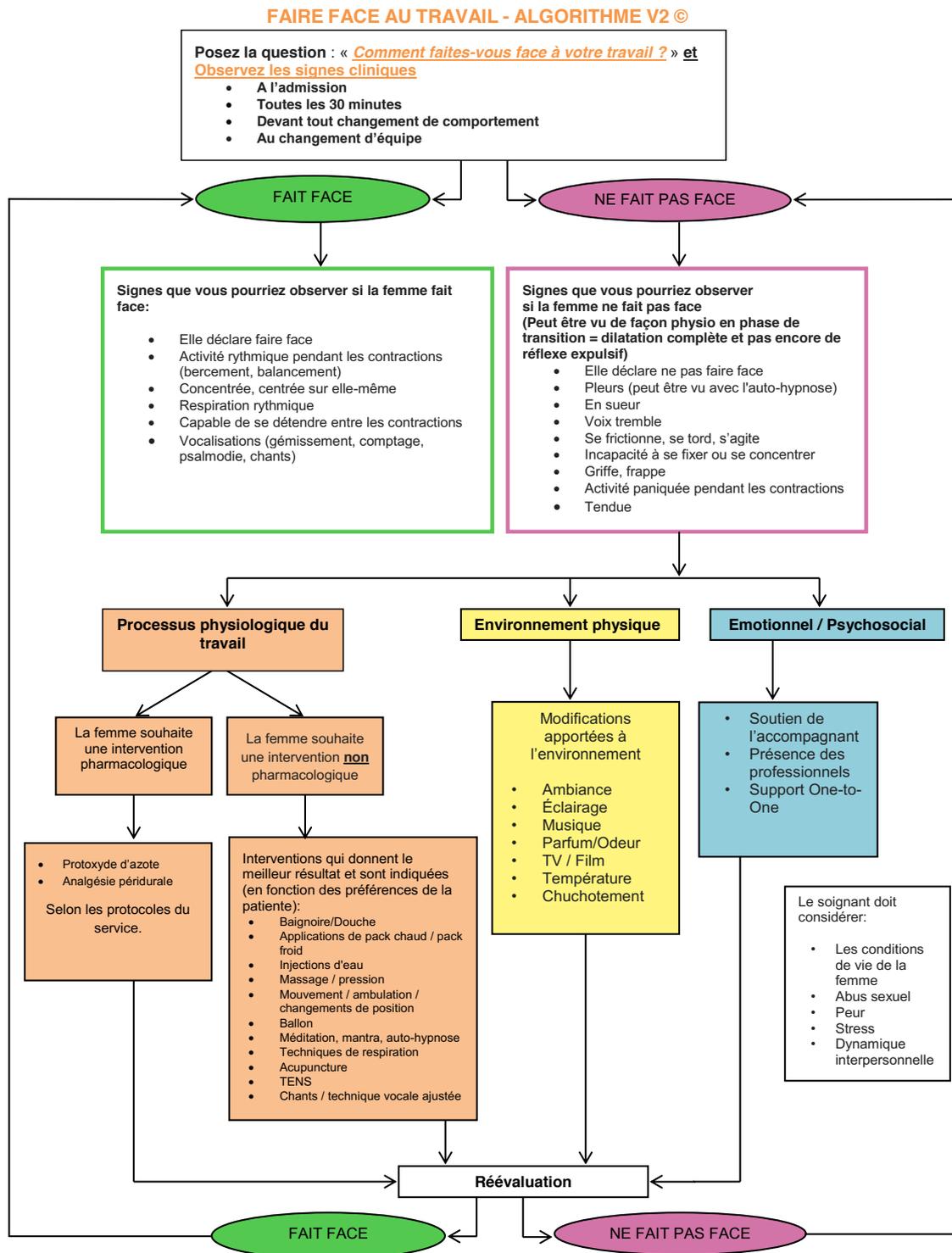
Les sages-femmes considèrent que l'utilisation de l'algorithme permet de soutenir la confiance des parents en leurs capacités à mettre au monde leur enfant grâce à une stratégie d'empowerment que l'algorithme soutient.

Certains professionnels se sont montrés motivés pour se former à des techniques non pharmacologiques d'accompagnement du travail, en cela l'implémentation de l'outil stimule le développement de nouvelles compétences et donc le dynamisme de l'équipe. L'unanimité des sages-femmes souhaite continuer à l'utiliser et veulent optimiser son usage en le présentant aux couples en anténatal.

L'algorithme est donc adapté à leur pratique et constitue une amélioration de la qualité des soins qu'elles apportent aux femmes durant le travail.

L'algorithme présente des bénéfices pour les femmes en travail notamment en leur permettant de prendre conscience de leurs ressources et en proposant un accompagnement de meilleure qualité centré sur la personne et son accompagnant. Il favorise ainsi la participation active des futurs parents.

Annexe : ALGORITHME « FAIRE FACE AU TRAVAIL »



Bibliographie

1. Roberts L., Gulliver B., Fisher J., Cloyes K. The coping with labor algorithm : an alternative pain assessment tool for the laboring woman. *Journal of midwifery and women's health*. 2010
2. Fairchild E., Roberts L., Zelman K., Michelli S., Hastings-Tolsma M. Implementation of Robert's coping with labor algorithm© in a large tertiary care facility. *Midwifery* 50 (2017) 208-218. 2017. <http://dx.doi.org/10.1016/j.midw.2017.03.008>
3. Gulliver G., Fisher J., Roberts L. A new way to assess pain in laboring women. Replacing the rating scale with a « coping » algorithm. *Nursing for women's health*, vol 12 issue 5, oct-nov 2008. <http://nwh.awhonn.org>
4. Smith H., Peterson N., Lagrew D., Main E. 2016. Toolkit to support vaginal birth and reduce primary cesareans : A quality improvement toolkit. Stanford, CA : California Maternal Quality Care Collaborative (CMQCC). P.99
5. Razurel C. *Se révéler et se construire comme mère : L'entretien psycho-éducatif périnatal*. 2015, Editions Médecine et hygiène.
6. Gaskin I.M. *Le guide de la naissance naturelle*.n2015, Editions Mama.
7. Le Ray C, Théau A, Ménard S, Goffinet F. Quoi de neuf concernant les interventions obstétricales lors du travail et de l'accouchement normal ? 2014 - *Journal de gynécologie obstétrique et biologie de la reproduction* ; 43, 413-423.
8. Lawrence A., Lewis L., Hofmeyr GJ, Styles C. Maternal positions and mobility during first stage of labour. *Cochrane database of systematic review* 2013, Issue 10 Art. No. : CD003934. DOI : 10.1002/14651858.CD003934.pub4.
9. Gupta JK, Hofmeyr GJ, Shehmar M. Position in the second stage of labour for women without epidural anaesthesia. *Cochrane database of systematic review* 2012, Issue 5. Art. No. : CD002006. DOI : 10.1002/14651858.CD002006.pub3.
10. Kemp E, Kingswood CJ, Kibuka M, Thornton JG. Position in the second stage of labour for women with epidural anaesthesia. *Cochrane database systematic reviews* 2013, Issue 1. Art. No. : CD008070. DOI : 10.1002/14651858.CD008070.pub2.
11. Jones L, Othman M, Donswell T, Alfrevic Z, Gates S, Newburn M, Jordan S, Lavender T, Neilson JP. Pain managements for women in labour : an overview of systematic reviews. *Cochrane database systematic reviews* 2012, Issue 3. Art. No. : CD009234, DOI ; 10.1002/14651858.CD009234.pub2.
12. Anim-Somuah M, Smyth RMD, Jones L. Epidural versus non-epidural or no analgesia in labour. *Cochrane database systematic review* 2011, Issue 12. Art. No. : CD000331. DOI: 10.1002/14651858.CD000331.pub3
13. Hodnett ED, Gates S, Hofmeyr GJ, Sakala C. Continuous support for women during childbirth. *Cochane database of syqtematic reviews* 2013, Issue 7. Art. No. :CD003766. DOI :10.1002/14651858.CD003766.pub5.
14. Parents, enfants : les premiers ajustements – Grossesse et accueil de l'enfant – Outils d'intervention en éducation pour la santé des femmes enceintes – INPES – 2010 - <http://www.inpes.sante.fr/CFESBases/catalogue/pdf/1310-3o.pdf>
15. Rapport de la mission périnatalité 2003, 20 propositions (JC Rozé, G Bréart, F Puech) 17 septembre 2003 « Suivi et accompagnement des grossesses physiologiques par les maternités », document associant le Collectif interassociatif autour de la naissance (CIANE), le Collège national des gynécologues obstétriciens (CNGOF), le Collège national des sages-femmes (CNSF) et la Société française de néonatalogie (SFN) au ministère chargé de la santé.
16. Préparation à la naissance et à la parentalité, Recommandations professionnelles - Haute Autorité de santé – 2005 - http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/preparation_naissance_recos.pdf
17. Les naissances en 2010 et leur évolution depuis 2003, Enquête nationale périnatale 2010, INSERM, mai 2011
18. Simkin P. - Stress, pain and catecholamines in labor -Part I. *Birth*. 1986; 588-592

19. Amy M. Romano and Judith A. Lothian. Promoting, protecting and supporting normal birth : a look at the evidence. JOGNN, 37, 94-105 ;2008. DOI :10.1111/J.1552-6909.2007.00210.x
20. Celest Phillips. Family-centered maternity Care – Jones & Bartlett Learning – 2003
21. www.ipfcc.org/ The Institute for Patient- and Family-Centered Care
22. Smith CA, Collins CT, Crowther CA, Levett KM. Acupuncture or acupressure for pain management in labour. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2011, Issue 7. Art. No.: CD009232. DOI: 10.1002/14651858.CD009232.
23. Smith CA, Levett KM, Collins CT, Jones L. Massage, reflexology and other manual methods for pain management in labour. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2012, Issue 2. Art. No.: CD009290. DOI: 10.1002/14651858.CD009290.pub2.
24. Klomp T, van Poppel M, Jones L, Lazet J, Di Nisio M, Lagro-Janssen ALM. Inhaled analgesia for pain management in labour. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2012, Issue 9. Art. No.: CD009351. DOI: 10.1002/14651858.CD009351.pub2.
25. Jones L, Othman M, Dowswell T, Alfirevic Z, Gates S, Newburn M, Jordan S, Lavender T, Neilson JP. Pain management for women in labour: an overview of systematic reviews. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2012, Issue 3. Art. No.: CD009234. DOI: 10.1002/14651858.CD009234.pub2.
26. Smith CA, Collins CT, Cyna AM, Crowther CA. Complementary and alternative therapies for pain management in labour. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2006, Issue 4. Art. No.: CD003521. DOI: 10.1002/14651858.CD003521.pub2.
27. Kobayashi S, Hanada N, Matsuzaki M, Takehara K, Ota E, Sasaki H, Nagata C, Mori R. Assessment and support during early labour for improving birth outcomes. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2017, Issue 4. Art. No.: CD011516. DOI: 10.1002/14651858.CD011516.pub2.
28. Bohren MA, Hofmeyr GJ, Sakala C, Fukuzawa RK, Cuthbert A. Continuous support for women during childbirth. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2017, Issue 7. Art. No.: CD003766. DOI: 10.1002/14651858.CD003766.pub6.
29. CIANE - Enquête sur les accouchements Dossier n°5 Avril 2013 – Douleur et accouchement - <http://ciane.net/wordpress/wp-content/uploads/2013/04/DossierDouleur.pdf>
30. CIANE – Enquête sur les accouchements Dossier n°3 Août 2012 – Respect des souhaits et vécu de l'accouchement - <http://ciane.net/wordpress/wp-content/uploads/2012/09/EtudeSouhaits.pdf>
31. Marilou BRUCHON-SCHWEITZER - le coping et les stratégies d'ajustement face au stress - Recherche en soins infirmiers N° 67 - decembre 2001
<http://www.irepspd.org/docs/Fichier/2015/2-150316040214.pdf>
32. OMS – IHAB-France – Pendant le travail et l'accouchement, adopter des pratiques susceptibles de favoriser l'établissement du lien mère-enfant et un bon démarrage de l'allaitement - <https://amis-des-bebes.fr/pdf/documents-ihab/AUTOEVALUATION-IHAB-juin-2016.pdf>
33. Recommandations pour la pratique clinique – CNSF – 2017 -
<http://www.cnsf.asso.fr/doc/4EF68404-00ED-06AF-ED98B63B2E8ABF32.pdf>