

<b>Zeitschrift:</b>	Schweizer Hebamme : officielle Zeitschrift des Schweizerischen Hebammenverbandes = Sage-femme suisse : journal officiel de l'Association suisse des sages-femmes = Levatrice svizzera : giornale ufficiale dell'Associazione svizzera delle levatrici
<b>Herausgeber:</b>	Schweizerischer Hebammenverband
<b>Band:</b>	88 (1990)
<b>Heft:</b>	2
<b>Artikel:</b>	"Initiative pour une maternité sans risques" : un exemple
<b>Autor:</b>	Willommet, Françoise
<b>DOI:</b>	<a href="https://doi.org/10.5169/seals-950334">https://doi.org/10.5169/seals-950334</a>

### Nutzungsbedingungen

Die ETH-Bibliothek ist die Anbieterin der digitalisierten Zeitschriften auf E-Periodica. Sie besitzt keine Urheberrechte an den Zeitschriften und ist nicht verantwortlich für deren Inhalte. Die Rechte liegen in der Regel bei den Herausgebern beziehungsweise den externen Rechteinhabern. Das Veröffentlichen von Bildern in Print- und Online-Publikationen sowie auf Social Media-Kanälen oder Webseiten ist nur mit vorheriger Genehmigung der Rechteinhaber erlaubt. [Mehr erfahren](#)

### Conditions d'utilisation

L'ETH Library est le fournisseur des revues numérisées. Elle ne détient aucun droit d'auteur sur les revues et n'est pas responsable de leur contenu. En règle générale, les droits sont détenus par les éditeurs ou les détenteurs de droits externes. La reproduction d'images dans des publications imprimées ou en ligne ainsi que sur des canaux de médias sociaux ou des sites web n'est autorisée qu'avec l'accord préalable des détenteurs des droits. [En savoir plus](#)

### Terms of use

The ETH Library is the provider of the digitised journals. It does not own any copyrights to the journals and is not responsible for their content. The rights usually lie with the publishers or the external rights holders. Publishing images in print and online publications, as well as on social media channels or websites, is only permitted with the prior consent of the rights holders. [Find out more](#)

**Download PDF:** 24.01.2026

**ETH-Bibliothek Zürich, E-Periodica, <https://www.e-periodica.ch>**

## «Initiative pour une maternité sans risques»: un exemple

Françoise Willommet, Lausanne

Durant une année, en Gambie (Afrique de l'Ouest), j'ai eu l'occasion de collaborer dans un dispensaire de brousse en tant qu'infirmière sage-femme. Dans le cadre du projet de l'OMS «Santé pour tous en l'an 2000» et plus particulièrement «Initiative pour une maternité sans risque», j'aimerais vous parler de mon expérience car au vu des résultats probants obtenus dans ce dispensaire, il serait souhaitable d'offrir ce type de surveillance maternelle à une majorité de femmes à travers le Tiers-Monde, et loin d'être complètement utopiste, cet objectif paraît réalisable avec peu de moyens.

Chacun connaît les taux alarmants de mortalité maternelle, périnatale et infantile dans les pays en voie de développement et l'on est d'emblée surpris par les résultats obtenus dans le dispensaire de Keneba. De 1980 à 1989, le devenir de 768 grossesses a été analysé par Frances Foord, sage-femme depuis 8 ans à Keneba:

- on ne déplore qu'une seule mort maternelle, celle d'une jeune primipare de 15 ans, prééclamptique, transférée puis décédée à la capitale. Si l'on tient compte des estimations de mortalité maternelle en zone rurale pour le reste de la Gambie, c'est à 16 décès maternels que l'on pouvait s'attendre;
- la mortalité périnatale s'élève à 55 pour 1'000 naissances. Elle était de 109.6/1000 avant le début des soins prénataux. Dans les endroits les plus défavorisés elle peut atteindre 200/1000.

Il convient donc d'analyser quel type de soins et de surveillance ont permis cette amélioration notable des conditions maternelles et foetales.

Le centre de santé de Keneba se situe en Gambie en bordure du village du même nom à 150 km à l'intérieur des terres et à 3 heures de route de Banjul, la capitale. Le climat y est subtropical avec une saison humide s'étendant de juin à novembre.

La Gambie est l'un des pays les plus pauvres du continent africain et la communauté rurale vit principalement de la culture du riz, de l'arachide, du maïs et pratique un peu d'élevage. Loin d'y trouver son nécessaire quotidien, la population souffre de malnutrition chronique qui s'aggrave chaque année pendant les pluies, lorsque les récoltes de l'année précédente viennent à s'épuiser et qu'il y a, simultanément, un surcroît de travail aux champs. La polygamie est d'usage dans ce pays à forte tendance islamique, ce qui a une importance toute particulière quand on est amené à soigner la population. Le centre de santé dépend directement d'une institution anglaise sise à Londres: le M.R.C. (Medical Research

Council). La première vocation de Keneba dès les années quarante a été de permettre toutes sortes de recherches nutritionnelles et anthropologiques encore conduites aujourd'hui. Ensuite s'est ouverte la clinique et depuis 1976 le programme de soins offerts aux villageois comprend également une consultation de gynécologie-obstétrique gérée par une sage-femme européenne à plein-temps (deux sages-femmes dès mars 1988).

Les soins sont donnés à la population de 3 villages ce qui représente environ 2'000 habitants.

Il y a environ 400 femmes en âge de procréer dans les 3 villages et environ 120 naissances par an. La sage-femme est avertie d'une nouvelle grossesse le plus souvent par hasard (plaintes diverses en clinique générale), parfois par un proche et plus rarement par la femme elle-même.

La femme enceinte est alors convoquée en clinique prénatale toutes les 4 à 6 semaines grâce à un système d'appel qui fonctionne très bien. Il vaut la peine d'insister sur ce point car un grand



*Réunion avec les sages-femmes traditionnelles: exercice d'accouchement.*

nombre de morts maternelles sont dues à la non-fréquentation régulière de la consultation de grossesse, certaines femmes enceintes pensant que pour se protéger une seule visite suffit. De plus, très pudiques, elles redoutent de se présenter spontanément à la clinique: il ne suffit donc pas de leur demander de revenir.

Les soins prénatals de base sont similaires à ceux donnés en Europe:

- en début de grossesse: anamnèse obstétricale et médicale. Recherche des dernières règles et détermination du terme présumé.
- à chaque consultation: poids, Hb, protéinurie, glycosurie, sédiment urinaire, T.A., palpation et BCF, évaluation de la croissance utérine et recherche d'œdèmes.

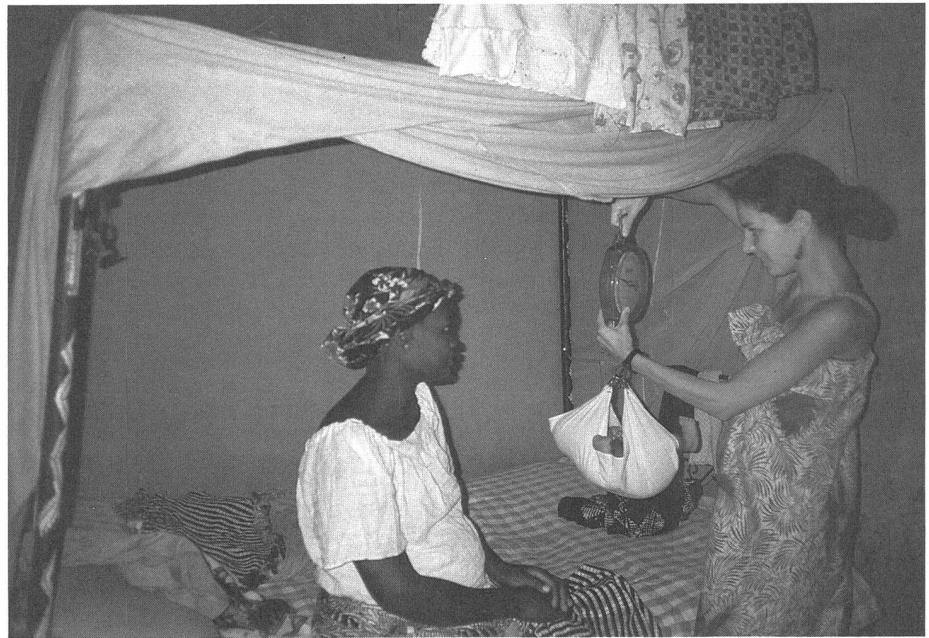
Selon la méthode anglaise, aucun toucher vaginal systématique n'est pratiqué lors des contrôles sauf en cas de problème particulier.

La femme enceinte reçoit tout au long de la grossesse des comprimés de fer et d'acide folique ainsi qu'une prévention contre la malaria.

Chaque jour elle vient chercher un biscuit de supplémentation (700 calories) fabriqué à base de produits locaux et cuit par le boulanger du village dans son four traditionnel.

- en fin de grossesse: la femme reçoit un sachet contenant une lame stérile, des bâtonnets montés, du désinfectant et deux fils pour couper et désinfecter le cordon ombilical après la naissance.

On détermine la position de présentation et on établit un pronostic de l'accouchement, ce qui permet de décider si la future mère peut rester dans son village pour y accoucher avec la seule aide de la sage-femme traditionnelle, les autres possibilités étant: un transfert à Banjul avant le début du travail (en cas de grossesse multiple, présentation anormale, césarienne antérieure, mort in utero, très mauvaise anamnèse obstétricale, prééclampsie, hémorragie antépartale, maladie cardiaque grave, anémie grave), un accouchement en clinique sous la surveillance de la sage-femme européenne ou un accouchement à domicile mais également sous contrôle. C'est une décision capitale qui repose principalement sur la clinique et le passé obstétrical de la femme.



*Pesée du nouveau-né lors de la visite post-natale. La nouvelle accouchée reste sept jours à l'intérieur de sa case et le huitième jour on baptise l'enfant à l'occasion d'une grande fête.*

Lorsque la situation est normale et que la femme enceinte se met en travail, elle fait appel à la sage-femme traditionnelle de son village (8 pour 3 villages) qui sera chargée de surveiller le travail, assister la femme pendant l'accouchement et donner proprement les premiers soins au nouveau-né et à l'accouchée. C'est elle qui décide d'appeler la sage-femme européenne si elle en ressent le besoin. La sage-femme traditionnelle ne fait pas de toucher et n'écoute pas le bébé. Avant tout elle assure une présence, veille à la durée du travail, sait reconnaître certains dangers (hémorragie, problèmes de cordon, délivrance). Elle encourage la mise au sein immédiate après la naissance et dissuade la famille de baigner l'enfant si l'on n'est pas dans les heures les plus chaudes. Elle veille à jeter dans les latrines tout ce qui a été contaminé pendant l'accouchement (prévention du SIDA), elle-même disposant de gants et de blouses pour se protéger. La formation des sages-femmes traditionnelles a été assurée par Frances Foord, qui vit à Keneba depuis 8 ans, ce qui a permis une continuité dans l'enseignement et l'établissement d'une relation de confiance. Les cours, à la fois théoriques et pratiques (anatomie-physiologie, mimes des gestes de l'accouchement et des soins au nouveau-né) comprennent aussi des dis-

cussions sur des pratiques religieuses ou traditionnelles telles que le jeûne de la femme enceinte pendant le Ramadan ou l'excision des fillettes, qui est encore largement pratiquée.

La sage-femme traditionnelle est également chargée d'envoyer rapidement un message après l'accouchement, ce qui permet de visiter la mère et l'enfant dans les 12 heures qui suivent la naissance. Quelques semaines plus tard, la jeune mère est convoquée pour une visite du post-partum: on contrôle alors l'hémoglobine, les urines, l'involution utérine et on fait une proposition de contraception.

Les statistiques effectuées pour la période durant laquelle j'ai travaillé à Keneba montrent que 81% des femmes ont accouché à domicile, tandis que 9,5% des accouchements ont eu lieu à la clinique et le 9,5% restant à l'hôpital; 10,2% des femmes ont été transférées à l'hôpital avant le début du travail et seulement 1,7% pendant le travail. On relève une intervention médicale, quelle qu'elle soit, dans 25% des cas. La mortalité périnatale pour l'ensemble des 3 villages est de 42‰ alors qu'on n'a déploré aucun cas à Keneba (0‰). Mais, me direz-vous, à quoi sert-il de diminuer la mortalité périnatale au sein d'une population chroniquement mal-nutrie, quel avenir réserve-t-on à ces enfants?

La réponse est connue: La surveillance de la mortalité maternelle doit se conjuguer avec la promotion du Planning Familial et actuellement, partout dans le Tiers-Monde, les organismes d'aide au développement tentent de faire accepter à la population la notion d'espacement des naissances.

C'est à ce niveau-là que F. Foord concentre à présent tous ses efforts: réunions régulières à but informatif dans les villages, explications détaillées et encouragement lors des consultations de post-partum.

Les moyens contraceptifs proposés sont les suivants: Depo-Provera, pilule progestative, préservatifs, éventuellement stérilet ou stérilisation à l'hôpital de Banjul quand une nouvelle grossesse doit absolument être évitée et toujours avec l'accord de la femme et de son mari.

L'introduction du planning familial est un travail de très longue haleine et qui commence peu à peu à porter ses fruits. Action préventive majeure, elle doit permettre à moyen terme d'améliorer considérablement la condition de la femme dans les pays en voie de développement.

En effet, ce sont les femmes les plus éduquées qui en sont les premières utilisatrices, alors que les plus démunies en auraient souvent un besoin aigu. Là

encore la sage-femme doit être consciente du problème de la scolarisation de la femme dans le Tiers-Monde, car trop souvent cette dernière n'a aucune possibilité de se rendre à l'école, trop occupée par les innombrables travaux qui lui sont assignés dès le plus jeune âge.

Dès janvier 1989, suite à la création d'un deuxième poste de sage-femme, c'est une jeune diplômée gambienne qui a été engagée à Keneba.

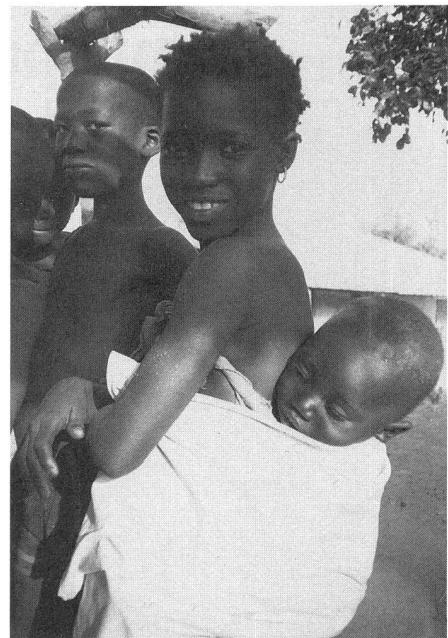
Dans l'idée de promotion du planning familial, elle a le grand avantage de parler le mordingue (dialecte local) et de connaître les traditions donc d'être très proche de la population.

J'aimerais terminer par ces chiffres bouleversants publiés par l'OMS:

- «Chaque minute du jour et de la nuit, une femme meurt parce qu'elle s'est trouvée enceinte
- 1/2 million de décès maternels par an – par dystocie, hémorragie, infection, toxémie ou avortement illégal
- 99% surviennent dans les pays en développement

Pourquoi?

- parce que les femmes ne bénéficient pas de soins prénatals, de planification familiale, elles sont trop jeunes, ne reconnaissent pas les signes de danger
- parce qu'il n'y a pas de moyens de



*Très tôt, les filles s'occupent de leurs jeunes frères et soeurs*

transport, de banques de sang, d'accès à des interventions obstétricales salvatrices

la quasi-totalité des morts maternelles peuvent être évitées.»

L'objectif de l'OMS est de diminuer de moitié la mortalité maternelle d'ici l'an 2000. Pour ce faire, il finance divers projets émanant de groupes ou de particuliers, destinés à améliorer la santé maternelle.

Je souhaite avoir réussi à démontrer au travers de cet exposé qu'on peut avoir une action positive avec des moyens raisonnables. Au terme de ce travail, vous trouverez un résumé des points qui me paraissent primordiaux. Mais avant cela et en dernier lieu, j'aimerais ajouter que Frances Foord travaille depuis 18 mois à un important projet destiné à inclure une vaste région gambienne avoisinante aux soins pré- et postnataux, ceci dans le cadre de l'initiative pour une maternité sans risque. Les personnes intéressées par le projet de l'OMS peuvent demander de la documentation à l'adresse suivante:

#### Résumé des points primordiaux

1. Avoir la possibilité de diagnostiquer la grossesse à son début.

Matériel: tests de grossesse, traducteur.

2. Utiliser un système d'appel pour assurer des contrôles prénataux réguliers. Matériel: fichier et cartes mentionnant le nom de chaque femme enceinte. Livre de consultations. Un homme d'âge mûr dans chaque village est chargé d'avertir les femmes concernées en se basant sur les cartes remises par la sage-femme avant chaque consultation obstétricale.

3. Surveiller la santé maternelle et foetale et établir un pronostic de l'accouchement.

Matériel: balance, appareil à TA, microscope, Hbmètre, stéthoscope de Pinard, selle de consultation avec lit, dossier obstétrical, traducteur.

4. Reconnaître et traiter toute infection génito-urinaire, crise de paludisme, etc. Supplémenter en fer et acide folique, prévenir le paludisme et le tétonas néonatal. Offrir un apport calorique supplémentaire.

Matériel: médicaments tels que pénicilline, méthronidazole, chloroquine, fer et acide folique. Vaccination anti-tétanique. Syntométrine. Biscuits de supplémentation à base de produits locaux.

5. Transférer si nécessaire la patiente dans un centre équipé. Le transfert en urgence doit être possible 24h/24.

Matériel: 2 véhicules.

6. S'assurer l'aide des sages-femmes traditionnelles, conduire leur formation.

7. Promouvoir le planning familial.

8. Respecter et tenir compte des traditions!

*Administrateur du Programme Initiative pour une Maternité sans risques*

*Division de la santé de la famille  
Organisation mondiale de la santé  
1211 Genève 27*

# Admis par les caisses-maladie

# Pulmex® Baby

Bals. peruvian., Ol. aether.

pommade destinée aux nourrissons et aux enfants en bas âge.

Pulmex Baby n'irrite pas la peau délicate du nourrisson. Appliqué matin et soir en frictions légères sur le haut du dos et de la poitrine, Pulmex Baby combat les refroidissements, bronchites, rhume et toux.

Le prospectus d'emballage vous donne les informations détaillées et le mode d'emploi.



Zyma

## Qu'est-ce que l'initiative pour une maternité sans risques?

L'initiative pour une maternité sans risques est un effort mondial visant à réduire la mortalité et la morbidité maternelles. Le but est de réduire le nombre des décès maternels au moins de moitié d'ici l'an 2000.

L'initiative vise à accroître la qualité de vie des jeunes filles et des femmes et à en limiter les risques grâce à l'adoption de tout un ensemble de stratégies sanitaires et non sanitaires. L'initiative insiste toutefois plus particulièrement sur la nécessité d'un plus large accès à des services de santé maternelle améliorés, sur le développement des services de planification familiale et sur la mise au point de mesures efficaces pour améliorer la condition de la femme. Les activités mises en oeuvre dans le cadre

de l'initiative peuvent revêtir plusieurs formes: sensibilisation à l'ampleur du problème et à l'urgence de l'action; renforcement des services de santé maternelle; formation d'agents de santé et autres personnels; amélioration des possibilités offertes aux femmes sur le plan de l'éducation et du travail; enfin, recherche, et recherche opérationnelle en particulier.

Les partenaires de cette initiative sont des gouvernements, des organismes, des organisations non gouvernementales et d'autres associations et individus qui stimulent l'action et qui participent aux efforts visant à réduire le nombre de femmes qui souffrent et qui meurent des suites de la grossesse et de l'accouchement. □

- A Zaria, au Nigéria, le taux de mortalité maternelle des filles de moins de 15 ans est près de sept fois plus élevé que pour les 20–24 ans.
- Au Niger, 80% des femmes présentant une fistule obstétricale – incontinence urinaire ou fécale – ont entre 15 et 19 ans.

**Trop peu de femmes reçoivent des soins prénatals et bénéficient de l'assistance d'une personne qualifiée lors de l'accouchement.**

Environ la moitié des femmes des pays les plus pauvres du monde ont auprès d'elles une personne qualifiée au cours de l'accouchement. La proportion d'accouchements qui ont lieu en présence de personnel de santé qualifié est de 38% en Afrique, de 25% en Asie du Sud, de 86% en Amérique latine, de 94% en Asie de l'Est. Dans les pays développés, 99% des naissances ont lieu en présence d'une personne qualifiée.

## Pourquoi les mères souffrent-elles et meurent-elles?

Les filles font l'objet d'une discrimination. Elles courrent davantage de risques d'être mal nourries que leurs frères et risquent davantage de ne pas fréquenter l'école primaire. Elles risquent également davantage de ne pas être montrées à un médecin si elles sont malades.

- Au Népal, les garçons inscrits à l'école primaire sont deux fois plus nombreux que les filles.
- Au Bangladesh, des études ont montré qu'à tous les âges avant 5 ans, les filles étaient toujours moins bien nourries que les garçons.
- En Corée du Sud, dans le cadre du projet de santé communautaire de Kanghura, les garçons ont été plus de deux fois plus nombreux que les filles à être vaccinés contre la rougeole à partir du moment où l'on a introduit une modique participation aux frais.

Trop de jeunes adolescentes ont un enfant avant d'avoir terminé leur croissance et sont donc exposées à davantage de risques.

**Trop de femmes meurent parce qu'elles ne reçoivent pas de soins obstétricaux, même lorsque leur état est devenu critique.**

En Afrique, sur 25 jeunes filles atteignant l'âge des premières règles, une mourra des suites de la grossesse ou de l'accouchement. En Asie du Sud, les femmes sont exposées, au cours de leur existence, à un risque de mortalité maternelle de 1 pour 38.

