



SOCIÉTÉ  
FRANCOPHONE  
de MÉDECINE  
TROPICALE et SANTÉ  
INTERNATIONALE

# Journée scientifique de la SFMTSI Jeudi 5 juin 2025

## Prise en charge des déterminants de la mortalité maternelle dans les pays à ressources limitées



**Lieu: Croix-Rouge Française - 21/23 rue de la Vanne, 92 220 Montrouge  
en présentiel et distanciel**

**Comité scientifique :** Eric Caumes, Justin Destoop, Loïc Epelboin, Sébastien Gaultier, Lucas Maisonoble, Laurencie Massamba, Denis Malvy, Pierre Marty, Lindsay Osei, Eric Pichard, Adam Sadone, Jacques Sevestre, Patrick Thonneau

**Comité d'organisation :** Paul-Henri Consigny, Jean-François Faucher, Pierre Gazin

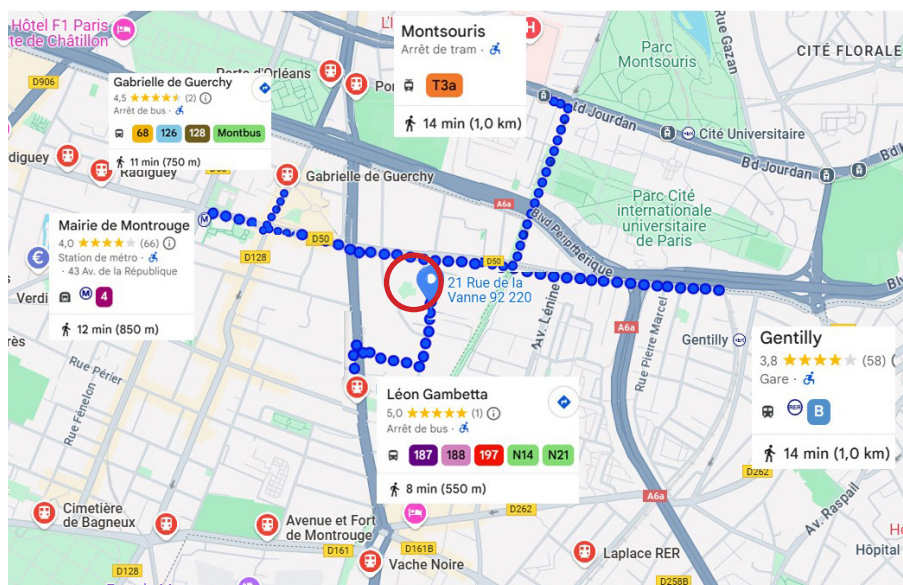
Société francophone de médecine tropicale et santé internationale (ancienne SPE)  
Institut Pasteur, 25 Rue du Dr Roux, 75015 Paris



## SOCIÉTÉ FRANCOPHONE de MÉDECINE TROPICALE et SANTÉ INTERNATIONALE

La Journée scientifique de printemps de la SFMTSI propose une présentation et des réflexions sur la situation de la mortalité maternelle actuelle dans les pays à revenus limités. La mortalité maternelle concerne les décès des femmes gestantes en rapport avec la grossesse et jusqu'à 42 jours après la délivrance. En 2020, 290 000 décès environ ont été enregistrés dans le monde dont 190 000 en Afrique au sud du Sahara. La probabilité d'un décès maternel dans les pays les plus développés est de 12 pour 100 000 grossesses. Elle est de 540/100 000 en Afrique subsaharienne soit 45 fois plus élevée. Le risque pour une femme en âge de gestation de mourir du fait de la grossesse est de 1/5300 d'un côté versus 1/49 de l'autre, ce chiffre incluant les avortements non sécurisés. Le suivi de la grossesse, l'accès à des soins de qualité, l'accouchement sécurisé, la prise en charge des complications de la grossesse et la formation des soignants sont des éléments déterminants pour réduire la mortalité maternelle. Ils seront abordés au cours de cette Journée.

### Accès Croix-Rouge Française - 21/23 rue de la Vanne, 92 220 Montrouge



### Inscription

Membre de la SFMTSI : 15 € - Non membre de la SFMTSI : 30 €

**Gratuité :** inscription par mail : [secrtaire@societe-mtsi.fr](mailto:secrtaire@societe-mtsi.fr)

- Étudiant(e) des professions de santé
- Distanciel sous conditions (éloignement géographique)

#### Modalités de paiement :

- Par carte bancaire, en ligne sur le site internet de la SFMTSI
- Par virement bancaire : Société Générale : FR76 30003 03341 000 50 888117 52 - Code SWIFT : SOGEFRPP (joindre une photocopie de l'avis)
- Par chèque à l'ordre de la SFMTSI à adresser par courrier à la SFMTSI, Institut Pasteur, 25 rue du Dr Roux, 75015 Paris

À l'issue de votre règlement, vous recevrez par mail une confirmation d'inscription en présentiel ou un lien de connexion pour le distanciel.

# Programme

*8h30 - 9h: Accueil*

**9h-9h25**

Épidémiologie et causes de la mortalité maternelle  
Camille ETCHEVERRY (Ceped, Paris)

**9h25-9h50** (visioconférence)

Politiser les violences gynécologiques et obstétricales au Sénégal: mobilisations des usager·ère·s et régulation  
Ndeye Khady BABOU (Equipop, Paris)

**9h50-10h15**

Accessibilité des femmes enceintes au suivi de grossesse  
Cassandra UNGER, Nadia THOMAS (Guyane)

*Pause 15 minutes*

**10h30-10h55**

Mortalité maternelle et complications de la grossesse dans l'ouest guyanais  
Gabriel CARLES (Guyane)

**10h55-11h20**

Causes et prise en charge des infections du per et du post-partum  
Caroline CHARLIER (Hôpital Cochin, Paris)

**11h20-11h45** (visioconférence)

Prise en charge de l'hypertension artérielle et de l'éclampsie durant la grossesse  
Marie ELOMBILA (CHU de Brazzaville, Congo)

**11h45-12h10**

Les leçons de la lutte contre la mortalité maternelle dans les pays du Sahel au cours des 50 dernières années: l'exemple du Mali  
Hubert BALIQUE (Marseille)

*12h10-14h: Déjeuner et Assemblée générale des membres de la SFMTSI*

**14h-14h35**

Sévérité des complications d'avortement dans des contextes humanitaires: étude transversale à méthode mixte dans deux hôpitaux de référence d'Afrique subsaharienne  
Estelle PASQUIER, Pascale LISSOUBA, et al. (Epicentre MSF, Nantes)

**14h35-15h10**

Formation et renforcement du rôle et capacités des sages-femmes: récit d'expérience d'un programme d'amélioration de la qualité des soins pré, per, et post-natals en Mauritanie  
Aurélie DENTAN (Santé Sud, Marseille)

**15h10-15h35**

Catastrophe et mortalité maternelle aux Comores: focus sur la maternité de Mayotte  
Camille CRAMEZ (Mayotte)

**15h35-16h30**

Complications obstétricales de l'accouchement (film « Donner la vie et en mourir ») René BARRATA, réalisateur et discussion animée par Patrick THONNEAU (Toulouse) et Aïssata TOUNKARA (Guinée, visioconférence)

*16h30: Fin de la Journée, fermeture des locaux*

# Livret des résumés

## Épidémiologie et causes de la mortalité maternelle

Camille ETCHEVERRY

Ceped (Centre population et développement, UMR 196),  
45 rue des Saints-Pères, Campus Saint-Germain des-Près,  
75006 Paris France

camille.etcheverry@ird.fr

En 2015, la communauté internationale a adopté des objectifs de développement durables (ODD), se donnant pour but de faire passer le taux mondial de mortalité maternelle au-dessous de 70 pour 100 000 naissances vivantes en 2030 (ODD 3.1). À partir de la littérature, cette communication proposera une analyse des causes et de l'épidémiologie actuelle de la mortalité maternelle dans le monde, ainsi que des projections futures, au regard de cet objectif de réduction fixé au niveau international.

En 2023, environ 260 000 femmes sont mortes de causes liées à la maternité, soit plus de 700 par jour. Néanmoins, ce chiffre masque des variations considérables et de grandes inégalités entre les régions du monde. L'Afrique subsaharienne concentrait 70 % de ces décès, avec un taux de mortalité maternelle (TMM) estimé à 454 pour 100 000 naissances, contre seulement 3 par exemple en Australie et Nouvelle-Zélande. Depuis 2000, le TMM mondial a chuté de 40 %, passant de 328 à 197 décès pour 100 000 naissances en 2023. Toutefois, les progrès sont inégaux. Si L'Asie centrale et du Sud a enregistré la plus forte baisse (-72,9 %), elle était seulement de -39,6 % en Afrique subsaharienne. On estime que les progrès en matière de diminution de TMM ont ralenti ces dernières années, avec une baisse annuelle de 1,6% du TMM depuis 2016. Si cette tendance se poursuit, le TMM atteindra seulement 177 d'ici 2030, bien insuffisant par rapport à l'objectif fixé à 70. Il semble par ailleurs que les conflits, crises humanitaires et catastrophes ont fortement freiné les avancées vers la réduction de la mortalité maternelle, notamment par déstabilisation des systèmes de santé.

Concernant les causes, l'hémorragie est la principale cause de mortalité maternelle (27%), suivie des décès obstétricaux indirects (23%) et des troubles hypertensifs (16%). La proportion de décès par hémorragie est la plus élevée en Afrique subsaharienne, alors que les décès maternels dus à des troubles hypertensifs étaient plus fréquents en Amérique latine et dans les Caraïbes. La majorité

des décès liés à l'hémorragie et à la septicémie survenant en post-partum, ces résultats soulignent l'importance d'améliorer les soins immédiats et précoces après l'accouchement ainsi que le suivi postnatal. Il est impératif de remédier à la négligence historique de cette période critique mais également de plaider en faveur d'une prise en charge holistique de la santé des femmes pour répondre au double défi des causes obstétricales directes et indirectes.

## Politiser les violences gynécologiques et obstétricales au Sénégal : mobilisations des usager·ère·s et régulation

Ndeye Khady BABOU, Cina GUÈYE

ndeye.babou@equipop.org

Les violences systémiques et interpersonnelles (El Kotni, 2018) s'inscrivent comme tendance générale de la gouvernance quotidienne des institutions publiques de santé, en déphasage avec l'idéal d'une médecine centrée sur le patient·e et les normes médicales officielles (De Sardan et Jaffré, 2003). Lieu d'expression et de reproduction des rapports de dominations patriarcales, les normes pratiques y apparaissent sans cesse génératrices de rapports de pouvoir modulables en fonction des caractéristiques sociales des patient·e·s.

Cette proposition de communication aborde les violences médicales, notamment gynécologiques et obstétricales (VGO), comme prisme pour analyser l'asymétrie de la relation thérapeutique résultant de l'interaction entre des facteurs personnels, organisationnels et structurels (Brisson, 2023). Nous mettrons particulièrement en lumière les pratiques de micro-résistances face aux rapports sociaux de domination et les compétences, ressources mobilisées par les patientes.

Dans une perspective sociohistorique, le parti pris de cette communication est aussi de contribuer à l'examen de la genèse de formes de mobilisations récentes, plus politiques, reliant des usagères du système de santé engagées dans une lutte pour la reconnaissance de leur « expérience patient », et leur inscription dans une coalition plus large d'acteurs·rices intégrant les mouvements féministes. Au Sénégal, la surmédiation des violences obstétricales a contribué à la création d'arènes

de débats publics autour des violences médicales et « des inhospitalités hospitalières » (De Sardan et Jaffré, 2003) et questionnent.

Comment ce mouvement de critique sociale en rupture avec des formes plus discrètes influence les représentations, pratiques et normes des professionnel-le-s de la santé et l'offre de soin ? Quels sont les effets sur la relation dialogique patient-soignant ? Quels sont ses effets sur la reconnaissance des violences médicales comme problème de santé publique ? Et enfin quel est l'effet de cet élan de contestation sur les répertoires d'actions des militantes féministes ?

Notre présentation s'appuiera sur les résultats d'une enquête mixte par entretiens avec les membres de ces collectifs engagés pour la reconnaissance des VGO comme problème public et sur les témoignages de victimes de VGO issus des cercles de parole, outil féministe mobilisé pour enquêter sur les injustices reproductives, dans le cadre du projet « Notre corps, notre santé » piloté par l'association Equipop. Ils seront combinés avec les données issues d'une observation participante réalisée dans la région de Dakar (Babou, 2021) qui explorait la perception des violences gynécologiques et obstétricales par les patientes et le personnel de santé et de l'enquête nationale mixte menée par le GESTES sur les VGO.

---

## Accessibilité des femmes enceintes au suivi de grossesse

Cassandra UNGER\*, Nadia THOMAS  
Sage-femme Coordinatrice de CDPS  
Centre Hospitalier de Cayenne, 3 Avenue Alexis Blaise,  
97300 Cayenne, Guyane  
cassandra.unger@ch-cayenne.fr

En Guyane, la répartition de la population est déterminée par l'accès fluvial ou routier. La majeure partie de la population habite sur le littoral entre Saint-Laurent du Maroni, Kourou et Cayenne, où se trouvent les trois maternités de Guyane.

Les populations des communes de l'intérieur sont réparties le long des fleuves Maroni et Oyapock notamment. L'accès à ces communes ne se fait parfois que par voie aérienne ou fluviale. Cet enclavement entraîne inévitablement des difficultés dans l'accès au suivi de grossesse. Les moyens mis en place et les facteurs favorisant un suivi de grossesse de qualité ont été étudiés.

Les données permettant l'analyse descriptive du suivi de grossesse des femmes enceintes des

communes, ont été extraites du Registre d'Issues de Grossesse Informatisé 2019 de Guyane, ainsi que du logiciel métier « sisv2 » utilisé en Centres Délocalisés de Prévention et de Soins (CDPS) et Hôpitaux de Proximité.

Plusieurs indicateurs de suivi de grossesse ont été comparés, entre 2019 et 2024, afin de mettre en évidence les facteurs d'amélioration de suivi et de son accessibilité.

Entre 2019 et 2024 le nombre de consultations obstétricales a pratiquement doublé, le taux de femmes enceintes ayant eu un suivi de grossesse optimal a très fortement augmenté. Le terme moyen à la première consultation est passé du 2<sup>e</sup> trimestre au 1<sup>er</sup> trimestre. Le nombre d'accouchements en communes montre une légère diminution.

L'amélioration de la qualité du suivi de grossesse en communes de l'intérieur a été possible par la mise en place de ressources humaines, leur développement au plus près de la patientèle (stratégie « d'aller vers ») et par le développement de la médiation en santé, qui favorise l'adhésion aux soins malgré un décalage culturel énorme.

La remise à niveau des équipements, la réorganisation des tâches et un changement dans la politique de moyens de transport appuyés par une coordination réactive et adaptée, ont été des facteurs favorisant également.

Plusieurs freins à l'accès au suivi de grossesse persistent malgré tout, notamment le turn-over de professionnels, très important en Guyane.

---

## Mortalité maternelle et complications de la grossesse dans l'ouest guyanais

Gabriel CARLES  
16, allée de la résidence du Maroni 97320 Saint-Laurent du Maroni, Guyane  
gabriel.carles@wanadoo.fr

Le Centre Hospitalier de l'Ouest Guyanais situé à Saint-Laurent du Maroni draine les populations réparties sur le fleuve Maroni, frontière avec le Surinam.

Le taux de natalité y est très élevé avec plusieurs groupes ethniques dont une majorité de bushinenge d'origine africaine dispersés le long du fleuve.

Au début des années 80, la moitié des accouchements ont lieu à domicile à distance de l'hôpital. La mortalité maternelle dépasse les 300/100 000 et

la mortalité périnatale se situe autour de 100/1000. Éclampsies, hématomes rétro-placentaires, hémorragies, infections, dystocies et paludisme font payer un lourd tribut aux patientes de l'ouest.

À cette époque, la médecine occidentale est mal acceptée, les patientes sont tiraillées entre la peur d'accoucher à domicile et la peur de l'hôpital. A l'hôpital, les patientes sont isolées de leur famille, ne peuvent pas communiquer, les rites ne sont pas respectés et elles sont terrorisées par la césarienne. Plusieurs actions vont devoir être entreprises pour tenter d'obtenir la confiance des patientes. Il faudra chercher les ouvertures pour introduire des éléments médicaux avec pour buts d'améliorer le suivi des femmes enceintes afin de dépister les grossesses à risques et inciter les patientes à accoucher à l'hôpital : coopération avec les tradipraticiens et les matrones, organisation de consultations avancées sur le fleuve où l'échographie sera un puissant facteur d'attraction, organisation de réunions communautaires avec les femmes, création d'un hôtel maternel. Il faudra aussi dans nos pratiques faire preuve d'adaptabilité et savoir écouter les demandes des patientes.

Petit à petit, les patientes vont comprendre leur intérêt d'accoucher à l'hôpital pour accepter de venir à Saint-Laurent quelques semaines avant d'accoucher. Grâce aux efforts de tous, les taux de mortalité maternelle et périnatale vont être divisés par 10 en 25 ans.

Prévenir les complications de la grossesse, c'est informer sur les signes d'appel, dépister les grossesses à risques, et rapprocher de l'hôpital les futures accouchées.

Pour les prééclampsies et éclampsies, nous insistons sur l'utilisation large du sulfate de magnésium en curatif mais aussi en préventif.

L'hématome rétro placentaire, complication fréquente, nécessite une extraction urgente souvent associée à une transfusion.

Le traitement des hémorragies de la délivrance, responsables de 30% des décès obstétricaux dans le monde nécessite une prise en charge urgente et codifiée : révision utérine, ocytociques, utilisation précoce des ballonnets de tamponnement intra-utérins. L'emploi plus récent des bandelettes de chitosan, hémostatique puissant, permet de résoudre les cas les plus désespérés et d'éviter la chirurgie.

## Causes et prise en charge des infections du per et du post-partum

Caroline CHARLIER  
Hôpital Cochin, Paris

Résumé non parvenu

## Prise en charge de l'hypertension artérielle et de l'éclampsie durant la grossesse

Marie ELOMBILA

Maitre de Conférences Agrégée

1. Faculté des sciences de la santé, Université Marien NGOUABI, Brazzaville, République du Congo
2. Service de réanimation polyvalente, CHU de Brazzaville, République du Congo

[elombila@gmail.com](mailto:elombila@gmail.com)

L'hypertension artérielle (HTA) touche 8 à 10 % de toutes les grossesses. Elle peut être pré existante ou nouvellement diagnostiquée au cours de la grossesse (HTA gravidique) ou liée à une prééclampsie/éclampsie. L'HTA gravidique et ses complications (pré éclampsie/éclampsie) représentent des urgences obstétricales fréquentes en anesthésie-réanimation avec une morbi-mortalité importante. Leur prise en charge (PEC) repose sur la stabilisation maternelle, la prévention des complications neurologiques, hépatorénales et obstétricales. L'évaluation initiale en réanimation recherche les signes de gravité clinique à savoir HTA sévère  $\geq 160/110$  mm Hg, signes neurosensoriels, douleur épigastrique en barre, convulsions (éclampsie) et des anomalies biologiques notamment thrombopénie, élévation des transaminases, insuffisance rénale. La PEC de l'HTA sévère vise à maintenir les chiffres tensionnels en dessous de 160/110 mm Hg afin de minimiser le risque de complications neurologiques. Les anti-hypertenseurs de première ligne sont représentés par le labétolol, la nicardipine et l'hydralazine par voie intraveineuse. L'éclampsie est une urgence absolue dont le traitement de référence repose sur le sulfate de magnésium à raison de 4 g en IV sur 10-15 min puis 1 g/H pendant 24 H. Cette PEC nécessite une surveillance des réflexes ostéotendineux, la fréquence respiratoire et la diurèse afin de déceler les signes de toxicité. Cependant, le seul traitement curatif repose sur l'accouchement avec la délivrance du placenta. Cette PEC relève d'une décision multidisciplinaire associant gynécologue-obstétricien, anesthésiste-réanimateur et néonatalogue. L'accouchement peut se faire par voie basse en cas de stabilité hémodynamique ou

par césarienne d'urgence si menace materno-fœtale sous rachianesthésie (en absence de trouble de la coagulation) ou anesthésie générale en cas d'instabilité (convulsion, trouble de la conscience, coagulopathie). Une surveillance de 24 - 48 heures en réanimation peut être nécessaire.

La PEC de l'HTA gravidique sévère et de l'éclampsie constitue une véritable urgence multidisciplinaire nécessitant une réanimation maternelle rapide, un traitement anti-hypertenseur rigoureux, une prévention des convulsions et une planification optimale de l'accouchement.

---

## Les leçons de la lutte contre la mortalité maternelle dans les pays du Sahel au cours des 50 dernières années : l'exemple du Mali

Hubert BALIQUE

Médecin de santé publique, PHD, MCU-PH, retraité  
hubertbalique@hotmail.com

Parmi les Objectifs du millénaire pour le développement (2000-2015), puis les Objectifs de développement durable (2015-2030), c'est le taux de mortalité maternelle qui a eu le plus de mal à être réduit par les pays du Sahel et notamment le Mali. Pourtant, au cours des 50 dernières années, de très nombreuses activités ont été réalisées sous la direction du ministère de la Santé, conformément aux recommandations des institutions internationales et des universités, et avec l'appui de nombreuses ONG. Les principales d'entre elles ont concerné, à juste titre la planification familiale (PF), les consultations prénatales (CPN), les soins obstétricaux et néonataux d'urgence (SONU) et la gratuité des césariennes. Un accent particulier a de plus été mis sur la réduction des « trois retards de la mortalité maternelle », qui sont d'autant plus actifs au Mali que la majorité de la population vit en zone rurale et plus de 40 % à distance des structures sanitaires et de leur personnel qualifié. De plus, la stratégie qui a prévalu tout au long des décennies passées dans cet immense pays sahélien, a reposé sur l'amélioration des conditions d'accouchement au village par la mise en place d'agents de santé communautaires.

À la lumière de toutes ces années de lutte contre la mortalité maternelle, il est temps de modifier cette option stratégique pour promouvoir celle qui s'impose comme la plus pertinente : l'accouchement en maternité certifiée.

Pour cela, trois mesures indissociables doivent être prises :

1. L'introduction au niveau national d'un mécanisme de **certification des maternités et des hôpitaux de district**, attestant de leurs capacités à assurer des soins obstétricaux et néonataux de qualité.
2. La **mobilisation des associations de femmes** au niveau des communes pour qu'elles créent et gèrent des « **maisons des mamans** » où les femmes seront accueillies au terme de leurs grossesses, mais avant le début du travail, se trouveront à proximité de la maternité à l'apparition des premières douleurs et pourront y accoucher dans les meilleures conditions possibles, en bénéficiant des soins appropriés en cas de complication.
3. La **suppression de la barrière financière** par l'instauration d'un **forfait obstétrical** couvrant la période allant du début de la grossesse à l'accouchement, y compris ses complications et un éventuel transfert sur l'hôpital le plus proche, jusqu'à la fin des périodes néonatale et postnatale. Son montant doit être pris en charge pendant 5 à 10 ans par un **fonds commun** financé par l'État et ses partenaires, en attendant que les mécanismes d'**assurance maladie universelle** qui sont en cours de développement au Mali soient capables de prendre le relais. Un **ticket modérateur** modéré devra cependant être laissé à la charge de la majorité des maris.

Accompagné par la mise en œuvre d'un **grand programme éducatif** au niveau national et local, cette initiative stratégique réduira de façon significative la mortalité maternelle et néonatale en amenant la population à découvrir que, sauf dans des cas bien précis, la mort ne doit plus avoir sa place lors d'une naissance.

Cette nouvelle option stratégique contribuera par ailleurs à la **disparition des fistules obstétricales** et amplifiera les capacités d'intervention des associations de femmes, qui leur permettront de **promouvoir le statut de la femme** dans la société malienne.

---

## Sévérité des complications d'avortement dans des contextes humanitaires: étude transversale à méthode mixte dans deux hôpitaux de référence d'Afrique subsaharienne

Estelle PASQUIER\* (1,2,3), Pascale LISSOUBA (1), Ann MOORE (4), Onikepe OWOLABI (4), Huiwu CHEN (1), Timothy WILLIAMS (5), Catrin SCHULTE-HILLEN (6), Daphné Lagrou (7), Claire FORTHERINGHAM (8), Marietta C. ADAME (9), Elisabeth POULET (1), Bill POWELL (10), Tamara FETTERS (10), Richard NGBALE (9)

1. Epicentre – Médecins Sans Frontières (MSF), Paris, France
  2. Institut de Médecine Tropicale d'Anvers, Belgique
  3. Université de Gand, Belgique
  4. Guttmacher Institute, New York, USA
  5. MSF, Abuja, Nigeria
  6. MSF, Geneva, Suisse
  7. MSF, Brussels, Belgique
  8. MSF, Sydney, Australie
  9. Ministère de la Santé, Bangui, République Centrafricaine
  10. Ipas, Chapel Hill, USA
- \*estelle.pasquier@epicentre.msf.org,  
estelle.pasquier@chu-nantes.fr

Dans les contextes fragiles ou affectés par des conflits armés, la mortalité maternelle est estimée à 504/100 000 naissances vivantes représentant le double du ratio mondial. Les complications d'avortement comptent parmi les cinq principales causes de mortalité maternelle, mais peu de données existent en contexte humanitaire. Cette étude a évalué la sévérité de ces complications et leurs facteurs contributifs dans deux hôpitaux soutenus par Médecins Sans Frontières au nord-Nigeria et à Bangui, en République centrafricaine (RCA).

Méthodologie: étude transversale à méthodes mixtes (novembre 2019 - juillet 2021) comprenant: 1) une étude clinique prospective observationnelle chez des femmes avec complications d'avortements (provoqués ou spontanés); 2) une enquête quantitative auprès des femmes hospitalisées pour identifier les facteurs contribuant aux complications sévères; 3) une étude qualitative sur les parcours de soins des femmes avec complications sévères; et 4) une enquête quantitative sur les connaissances, attitudes et pratiques (CAP) des soignants autour de l'avortement. L'étude clinique et l'enquête quantitative auprès des femmes ont utilisé la méthodologie de l'étude multi-pays de l'OMS sur les complications d'avortement dans des contextes stables de 11 pays d'Afrique subsaharienne (WHO-MCS-A).

Résultats 520 femmes au Nigeria et 548 en RCA ont participé à l'étude clinique; avec respectivement 360 et 362 d'entre elles qui ont participé à l'enquête quantitative, et 66 et 18 qui ont participé à l'étude qualitative. 140 soignants au Nigeria et

84 en RCA ont participé à l'enquête CAP.

La sévérité des complications d'avortement était élevée: 67 % des femmes au Nigeria et 50,7 % en RCA présentaient des complications sévères (décès ou complication mettant en jeu le pronostic vital). Près de 60 % des soignants au Nigeria et 91 % en RCA connaissaient personnellement une femme décédée suite à des complications d'avortement. 23 % des femmes hospitalisées au Nigeria et 45 % en RCA ont déclaré avoir provoqué leur avortement, majoritairement par des méthodes dangereuses (97 % au Nigeria et près de 80 % en RCA). En RCA, l'étude qualitative a indiqué que ces méthodes comprenaient des évacuations instrumentales dangereuses et des décoctions traditionnelles ingérées seules ou avec des médicaments. Au Nigeria, 50 % des femmes ne souhaitaient pas être enceintes, mais moins de 3 % utilisaient une contraception au début de la grossesse. En RCA, 56 % ne souhaitaient pas être enceintes, avec 37 % utilisant une contraception. Les délais d'accès aux soins post-avortement étaient longs: 50 % des femmes des deux hôpitaux ont mis deux jours ou plus à atteindre des soins adéquats après les premiers symptômes, avec 27 % au Nigeria et 16 % en RCA attendant six jours ou plus. Malgré des lois restrictives sur l'avortement dans ces deux contextes, la majorité des soignants (74 % au Nigeria et 67 % en RCA) considéraient que l'accès à l'avortement sécurisé est un droit humain.

Conclusion: dans ces hôpitaux en contexte fragile ou de conflits d'Afrique subsaharienne, le pourcentage de complications sévères d'avortement était 5 à 7 fois supérieur à celui rapporté par l'étude WHO-MCS-A menée dans des hôpitaux de contextes stables. Les retards d'accès aux soins post-avortement, le faible accès à la contraception et à l'avortement sécurisé contribuent à cette importante sévérité.

## Formation et renforcement du rôle et capacités des sages-femmes : récit d'expérience d'un programme d'amélioration de la qualité des soins pré, per, et post-natals en Mauritanie

Aurélien DENTAN, Cheffe de projet, Santé Sud (Mauritanie)

Nolwenn DE RIGAUD, Référente Santé Sexuelle et Reproductive, Santé Sud (Marseille)

[aurelie.dentan@santesud.org](mailto:aurelie.dentan@santesud.org)

La Mauritanie est marquée par une forte morbi-mortalité maternelle et néonatale : avec 454 décès maternels pour 100 000 naissances vivantes et 22 décès néonataux pour 1 000, le pays dépasse la moyenne des pays à revenu intermédiaire inférieur. Dans un contexte où les premières causes de mortalité maternelle (hémorragies, dystocies, maladies hypertensives, infections sévères) sont exacerbées par les fragilités structurelles du système de santé et par le niveau insuffisant des sages-femmes, Santé Sud a mis en œuvre entre 2020 et 2025 les programmes Temeyouz et Passerelles dans le but de renforcer durablement le système de santé et la filière de soins maternels et néonataux. Ces programmes ont conjugué différentes méthodologies d'intervention complémentaires en mettant l'accent sur le renforcement du rôle et des capacités des sages-femmes, considérées par le pays comme « l'investissement le plus rentable pour atteindre les objectifs de développement durable » dans un cadre où 85 % des femmes enceintes se rendent au moins une fois en service de consultation prénatale. La formation continue et le compagnonnage in situ ont constitué le premier pilier de l'appui technique avec pour objectif de renforcer le niveau de raisonnement clinique des sages-femmes et leurs capacités à assurer des gestes et pratiques de soin adaptés et de qualité. Le renforcement des capacités des sages-femmes a également porté sur leur relation avec les patientes afin de déconstruire la relation de pouvoir soignante-soignée et renforcer le pouvoir d'agir des femmes enceintes durant leur parcours de soins. Le second pilier de ces programmes a été le soutien technique aux équipes cadres de consultation prénatale (CPN) et maternité afin de renforcer l'organisation et le fonctionnement des services : répartition des rôles et responsabilités, mise en place de protocoles de soins et d'hygiène, encadrement et renforcement des pratiques professionnelles, continuité de l'approvisionnement en molécules et consommables de base pour l'hygiène et les soins gynécologiques et obstétricaux, notamment en cas d'urgence. Enfin, les deux programmes ont

cherché à renforcer l'engagement des différents échelons du système de santé et leurs capacités à jouer leur rôle de régulation, supervision et renforcement des pratiques conformément aux normes et procédures nationales en santé de la reproduction. Cinq ans plus tard, le renforcement des soins maternels est visible et mesurable. Il démontre la pertinence d'apporter des réponses intégrées prenant en compte les déterminants profonds de la mortalité maternelle et favorisant le renforcement structurel des systèmes de santé

## Catastrophe et mortalité maternelle aux Comores : focus sur la maternité de Mayotte

Camille CRAMEZ

[camillecramez@gmail.com](mailto:camillecramez@gmail.com)

Mayotte est un département français situé dans l'archipel des Comores et qui subit un phénomène d'immigration massif (la moitié de la population sur place est en situation irrégulière), notamment en provenance des Comores, entraînant une démographie exponentielle avec un taux de natalité important.

La maternité de Mamoudzou est ainsi la plus grande maternité de France et d'Europe en termes de nombre d'accouchements (plus de 10 000 accouchements en 2022).

Les résultats de l'ENP-DROM 2021 soulignent que la santé périnatale à Mayotte reste globalement pré-occupante. En effet, les mères prises en charge sont confrontées à de nombreux facteurs de risque : la majorité des patientes présente une vulnérabilité socio-économique (âge jeune, non affiliée sociale, habitat précaire). Par ailleurs, les taux de diabète, d'obésité et d'hypertension artérielle sont plus élevés qu'en France métropolitaine. Par conséquent, les grossesses présentent plus de complications : prématurité, naissance hypotrope, mort fœtale in utero ou néonatale. Pour autant, l'île est le territoire français le moins pourvu en termes de personnel médical.

Le 14 décembre 2024, le cyclone tropical CHIDO frappe une maternité déjà sous tension au niveau du personnel soignant, des locaux et de l'afflux massif quotidien de patientes (plus de 1000 passages par mois aux urgences ; 30 à 40 naissances par jour au pic de l'activité).

Les dégâts matériels sont colossaux et le centre hospitalier de Mayotte (CHM), tout comme l'île de Mayotte, peine actuellement à s'en relever.





SOCIÉTÉ  
FRANCOPHONE  
de MÉDECINE  
TROPICALE et SANTÉ  
INTERNATIONALE

La Société francophone de médecine tropicale et santé internationale (SFMTSI), reconnue d'utilité publique, a été fondée en 1907 par Alphonse Laveran, découvreur du parasite du paludisme et prix Nobel de physiologie et de médecine. Inscrite dans l'évolution de la santé internationale, elle regroupe des centaines de spécialistes francophones de la médecine tropicale, au Nord et au Sud.

La société est un lieu d'action, de réflexion et d'échange ouvert à tous les acteurs de la médecine et de la santé en milieu tropical, quelles que soient leurs formation, discipline et expérience, dans les pays du Nord et du Sud.

Les nouveaux statuts et le nouveau nom de la société ont été acceptés le 3 août 2022.

### **Conseil d'administration**

Membres du bureau

Président : Éric Pichard

Vice présidents : Jean-Paul Boutin, Jean-Philippe Chippaux

Secrétaire général : Pierre Gazin

Trésorière : Catherine Goujon

Administrateurs

Olivier Bouchaud, Eric Caumes, Jacques Chandenier,

Paul-Henri Consigny, Ronan Jambou, Denis Malvy, Pierre Marty,

Bienvenu Ossibi-Ibara, Philippe Solano, Jean Testa

Présidents d'honneur

Jean Delmont, Yves Buisson, Jean Jannin

Secrétariat : Sylviane Le Gurun ([secretaire@societe-mtsi.fr](mailto:secretaire@societe-mtsi.fr))

**ADHÉRER**

<https://societe-mtsi.fr/adherer/>





LA REVUE de la SOCIÉTÉ  
FRANCOPHONE de MÉDECINE  
TROPICALE et SANTÉ  
INTERNATIONALE

La *Revue Médecine Tropicale et Santé Internationale (MTSI)* fait suite au *Bulletin de la Société de Pathologie Exotique*. MTSI est une revue en accès libre. Son contenu est disponible gratuitement pour l'utilisateur ou son institution. Les utilisateurs sont autorisés à lire, télécharger, copier, distribuer, imprimer, rechercher ou créer des liens vers le texte intégral des articles, ou à les utiliser à toute autre fin légitime, sans demander l'autorisation préalable de l'éditeur ou de l'auteur, à condition de citer correctement la source. MTSI est sous licence [Creative Commons Attribution](#).

MTSI est une revue indépendante et n'accepte jamais de publicité de quelque nature que ce soit.

MTSI accepte les articles concernant toutes les pathologies infectieuses ou non survenant dans les contrées tropicales, à condition d'en montrer les spécificités locales permettant de les caractériser et d'en favoriser le contrôle. MTSI accepte également les articles provenant de régions non tropicales s'ils concernent des pathologies observées chez des personnes revenant de régions tropicales ou chez des migrants.

Lors de la soumission du manuscrit, les auteurs doivent garantir qu'il n'a pas été publié ou proposé dans une autre revue.

La présentation du manuscrit doit suivre les [recommandations aux auteurs](#).

Tous les articles sont indexés chez PubMed® et Scopus.

### Comité de rédaction

Rédacteur en chef

Jean-Philippe CHIPPAUX (Institut de recherche pour le développement - Santé publique, envenimations)

Rédacteurs

Jean-Paul BOUTIN (Professeur agrégé du Val de Grâce - Épidémiologie, santé publique, prévention, santé dans les armées)

Michel DEVELOUX (Pathologie tropicale, mycologie tropicale)

Alain EPELBOIN (Attaché honoraire MNHN - Anthropologie médicale, épidémiologie, santé publique)

Pierre GAZIN (Parasitologie, santé publique tropicale)

François MOUTOU (Médecine vétérinaire, épidémiologie, zoonoses)

Jean-François PAYS (Parasitologie, médecine tropicale, médecine interne)

Éric PICHARD (Épidémiologie, diagnostic, traitement et prévention des pathologies tropicales transmissibles et non transmissibles)

Secrétaire de rédaction : Isabelle Borloz ([revue@societe-mtsi.fr](mailto:revue@societe-mtsi.fr))

**PUBLIER**

<https://revuemtsi.societe-mtsi.fr/>

