

1. CONTEXTE

Bilan de la mortinatalité

Taux de mortinatalité

La mortinatalité, c'est-à-dire le décès d'un bébé dans les derniers stades de la grossesse ou pendant l'accouchement, constitue une issue dévastatrice. Une mortinaissance se produit toutes les 17 secondes dans le monde – ce qui équivaut à environ 1,9 million de bébés mort-nés en 2021. Il s'agit de bébés dont les mères et les familles s'attendaient à ce qu'ils naissent vivants. Plus des trois quarts des mortinaissances se produisent en Afrique subsaharienne et en Asie du Sud ([Figure 1.1](#)). Les pays à faible revenu et à revenu intermédiaire inférieur représentent 89 % de toutes les mortinaissances, mais seulement 71 % de toutes les naissances vivantes. 45 % des

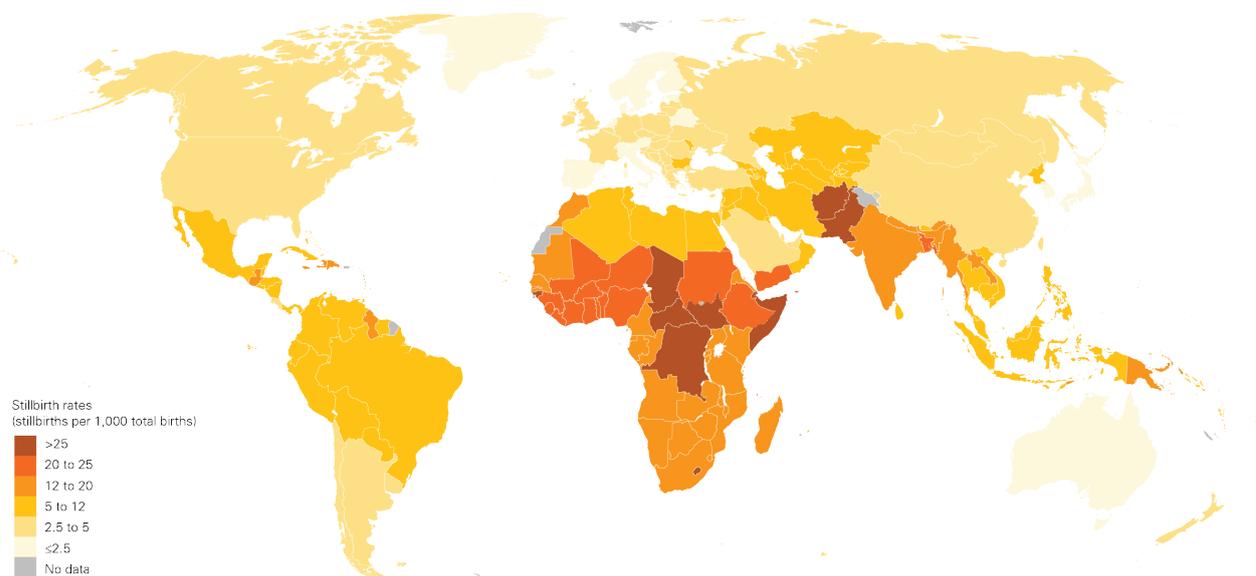
mortinaissances surviennent après le début du travail. Bon nombre de ces mortinaissances se produisent chez les bébés nés à terme et il est possible de les éviter grâce à un accès équitable à des soins de haute qualité pendant la grossesse et au moment de l'accouchement (1). Au cours des deux dernières décennies, les progrès réalisés dans la réduction des taux de mortinatalité n'ont pas suivi le rythme des progrès réalisés pour sauver la vie des mères, ni des progrès réalisés pour prévenir le décès des nourrissons dans les 28 jours après la naissance. Entre 2000 et 2021, le taux annuel de réduction du taux mondial de mortinatalité n'a été que de 2 %, contre une réduction de 2,7 % de la mortalité néonatale (décès survenant dans le premier mois suivant la naissance) et de 3,9 % chez les enfants de 1 à 59 mois (1). Pendant ce temps, entre 2000 et 2020, le taux mondial de mortalité maternelle (TMM) a diminué de 2,1 % par an (2).

© UNICEF/UNI73176/Holtz

Nadège Ndi Rose, 20 ans, est en train d'accoucher à la maternité de l'hôpital Saint Luc, un hôpital privé de la ville de Mbalmayo (Cameroun). Deux agents de santé s'occupent d'elle. Mme Rose va accoucher de son 5e bébé prématuré, mort-né. Elle n'a jamais pu bénéficier d'une consultation prénatale.



FIGURE 1.1 : TAUX DE MORTINATALITÉ, PAR PAYS (2021)



Source : [Never Forgotten: The Situation of Stillbirth Around the Globe](#). Rapport du groupe interinstitutions des Nations Unies pour l'estimation de la mortalité juvénile, 2022. Remarque : la carte ne reflète pas la position de l'UNICEF, ou de toute autre organisation collaborant à ce guide, sur le statut légal d'un pays ou d'un territoire ou sur la délimitation d'une frontière. Les taux nationaux de mortinatalité les plus récents pour 195 pays sont disponibles à l'adresse : www.childmortality.org.



Remarque concernant la terminologie relative au genre

Ce guide reconnaît la diversité de genre des personnes enceintes et des personnes qui accouchent. Les termes « femme » et « mère » ont été utilisés tout au long du guide par souci de concision. Ce guide s'adresse à toutes les personnes enceintes ou qui accouchent, même si certaines d'entre elles ne s'identifient pas comme des femmes ou des mères (3).

La mortinatalité est un problème de santé mondial croissant. En 2000, les mortinaissances représentaient 23 % de tous les décès d'enfants de moins de 5 ans et mort-nés. En 2021, ce chiffre est passé à 27 % (1). En Afrique subsaharienne, le nombre estimé de mortinaissances est passé de 765 000 en 2000 à 847 000 en 2021, car la croissance du nombre total de naissances a dépassé la baisse du taux de mortinatalité de la

région (1). Dans certains pays à revenu élevé, le nombre de mortinaissances surpasse celui des décès néonataux et dépasse même celui des décès infantiles (décès d'enfants entre 1 et 12 mois).

En 2014, 194 États membres ont approuvé le [Plan d'action « Chaque nouveau-né »](#) (ENAP) (4) lors de la 67^e assemblée mondiale de la Santé. L'ENAP a fixé un objectif de 12 mortinaissances ou moins pour un total de 1 000 naissances totales dans chaque pays d'ici à 2030. Plus de 45 pays doivent plus que doubler leurs progrès actuels pour atteindre cet objectif (1). L'ENAP visait également à combler les écarts d'équité, c'est-à-dire les différences de taux de mortinatalité entre les groupes les plus et les moins favorisés. Mais peu de pays – même ceux dont la mortalité globale est faible – ont progressé dans l'utilisation des données et des actions ciblées pour combler ces lacunes.

Le tribut émotionnel et psychologique

La naissance d'un enfant mort-né est un événement qui bouleverse la vie et qui a des répercussions psychologiques, psychosociales et émotionnelles importantes et complexes sur les parents et les familles (5). Pour de nombreux parents, la perte inattendue de leur enfant – et les soins prodigués à la suite de cette perte – affecte leur approche de la vie et de la mort, leur estime de soi et leur identité (6).



Personne ne vous dit jamais que vous allez perdre toute notion de vous-même. Votre vie, votre identité, vos intérêts, vos relations – vous avez l'impression de tout redécouvrir pour la première fois ». – Alex, maman de Robin, son fils mort-né

Source : whatsyourgrief.com/loss-of-identity-after-stillbirth

Alors que les répercussions de la mortinatalité sur la santé mentale varient en gravité et en manifestation, les thèmes émotionnels communs chez les personnes endeuillées comprennent le choc, la culpabilité, le blâme, un besoin profond de comprendre la cause du décès et de se souvenir de la naissance, et des pensées irrationnelles et terrifiantes (7). Plusieurs études montrent que si ces phénomènes sont les plus fréquents et les plus intenses dans les premiers mois suivant la mortinaissance, les femmes qui accouchent et leurs partenaires subissent des conséquences émotionnelles et psychologiques complexes et durables. Ces effets durables comprennent une morbidité psychologique accrue lors grossesses ultérieures et un risque accru de troubles mentaux graves (8).



La perte de mon bébé a changé tant de choses en moi. J'avais tellement honte de le dire aux gens. Les gens [disaient] que c'était ma faute si le bébé était mort, et j'ai commencé à m'en vouloir aussi, à me dire que je n'avais pas été assez prudente. Je rentrais chez moi [du travail] tous les jours en pleurant. » – Oyele, Nigeria

Source : blogs.unicef.org/evidence-for-action/shrouded-in-silence-the-untold-story-of-stillbirths



Crystal et LP Nielsen disent au revoir à leur fille Aleia Nielsen à la suite de l'enterrement de son enterrement le 8 juillet 2020. Aleia est leur fille unique.
Source Stacey Fletcher

Les travaux de recherche montrent également que les conséquences émotionnelles d'un bébé mort-né sont souvent fortement influencées par les normes et les contextes sociaux et culturels. Dans certaines cultures, les mortinaissances sont perçues comme étant la faute de la mère, ce qui entraîne une honte publique et une discrimination future. Dans d'autres cultures, les mortinaissances ne sont pas reconnues du tout ou sont considérées comme des « non-événements », ce qui peut avoir une influence considérable sur la capacité d'une personne à faire son deuil (9, 10). Des études ont également montré que, dans certains contextes, l'environnement animé de la salle de travail et d'accouchement est un endroit extrêmement douloureux pour les parents et les familles qui ont eu un enfant mort-né, et que les efforts bien intentionnés du personnel soignant pour apporter du réconfort ont souvent l'effet inverse (11).

Si rien ne peut empêcher la douleur et le chagrin d'avoir un bébé mort-né, la disponibilité de soins et d'un soutien psychosocial culturellement appropriés et centrés sur la personne peut contribuer à réduire la gravité, l'ampleur et la durée du fardeau psychologique et émotionnel qu'il fait peser sur les femmes et les familles.

Coûts financiers et sociétaux

Il est difficile d'estimer le coût économique et sociétal de la mortinatalité, mais il est nécessaire de comprendre la rentabilité des interventions visant à éviter les mortinaissances et à améliorer les soins après le décès d'un bébé. Les pertes attribuées à la mortinatalité peuvent être difficiles à estimer car elles comprennent des coûts directs (le coût financier de l'utilisation des services de santé lors du décès d'un bébé), des coûts indirects (le coût de la perte de productivité ou de ressources humaines) et les coûts intangibles (les coûts non monétaires qui reflètent largement l'impact émotionnel d'une mortinaissance) (12). [Figure 1.2](#) décrit l'effet de la mortinatalité, notamment les coûts directs, indirects et intangibles associés au bébé, à la mère, à la famille, aux services de santé, à la société et aux gouvernements.

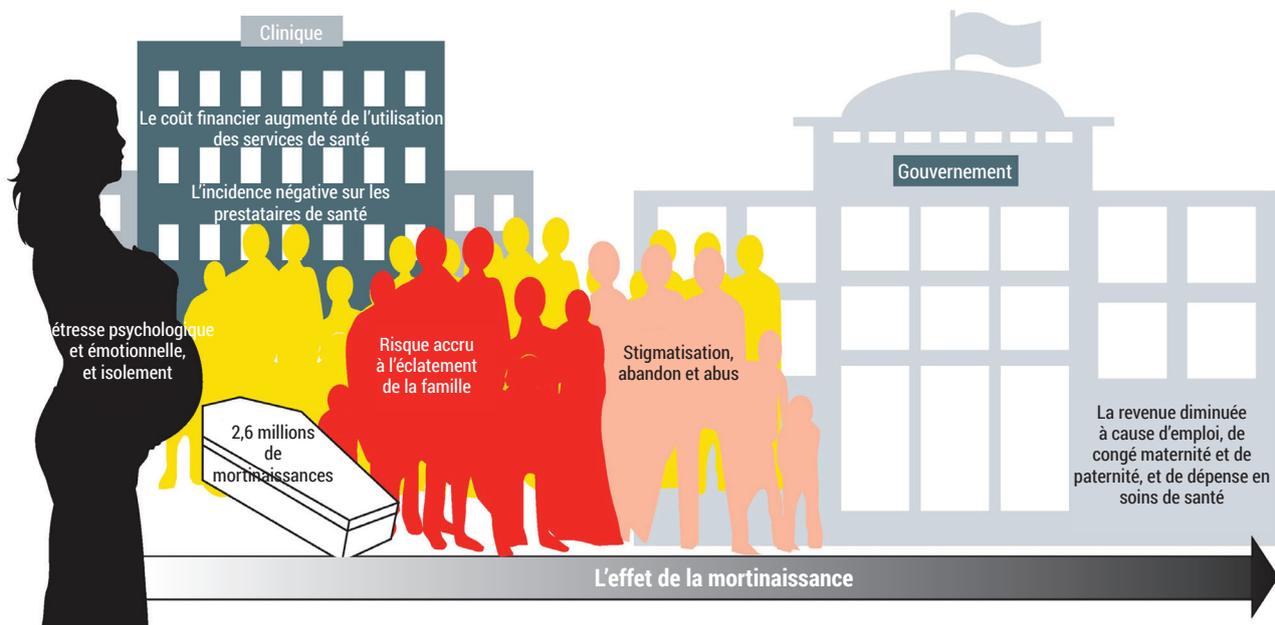
En 2018, Campbell et d'autres ont estimé que le coût direct moyen par mortinaissance était de 802 livres sterling. Indexé sur les valeurs de 2022, et converti en dollars US pour une comparaison globale, cela représente environ 1 000 dollars US par bébé mort-né (13). Le coût direct de l'anxiété et de la dépression parentales s'élève à environ 820 dollars US par bébé mort-né (10). Les coûts des soins pour les grossesses ultérieures varient en fonction de la cause de la mortinaissance et sont plus élevés pour les mortinaissances inexplicables, soit environ 5 500 dollars US par cas (14). Outre son effet sur les parents, le décès d'un bébé a un impact négatif sur le personnel, estimé à 900 dollars US par cas (13).



Qu'entendons-nous par soins culturellement appropriés ?

Le présent guide définit les soins culturellement appropriés comme des soins éclairés, respectueux et conformes aux croyances et aux normes culturelles particulières de la femme, tout en adhérant aux normes mondiales acceptées en matière de droits humains et de soins de maternité respectueux, telles que la [Déclaration universelle des droits de l'homme](#) et la [Charte des soins de maternité respectueux](#).

FIGURE 1.2 : L'EFFET DE LA MORTINAISSANCE, QUI COMMENCE PAR LE DÉCÈS DU BÉBÉ ET QUI TOUCHE LA MÈRE, LA FAMILLE, LES SERVICES DE SANTÉ, LA SOCIÉTÉ ET LE GOUVERNEMENT



Source : Reproduction d'un article de la revue *The Lancet*, vol. 387, Heazell, Siassakos, Blencowe, et al., Stillbirths: economic and psychosocial consequences, pages 604–616, Copyright (2016), avec l'autorisation d'Elsevier. Remarque : le nombre de 2,6 millions de mortinaissances chaque année reflète l'estimation au moment de la publication du chiffre (2016) ; l'estimation pour 2021 est de 1,9 million de mortinaissances.

Une étude systématique a regroupé les coûts intangibles de la mortinatalité en huit thèmes : chagrin profond, dépression, isolement social, problèmes relationnels, problèmes avec la fratrie, retour à la normale, besoin de soutien et événement qui change la vie (12). Ces coûts intangibles importants sont subis par les mères, ainsi que par les pères/partenaires, les frères et les sœurs, les grands-parents et les autres membres de la famille. Ces coûts intangibles peuvent conduire à des coûts financiers, qui sont souvent supportés par les seuls parents et sont probablement beaucoup plus importants que les coûts directs et indirects.

Peu de pays offrent un congé de maternité ou de paternité à la suite d'une mortinaissance, ce qui entraîne une perte de revenus ou l'émergence du présentisme (être présent au travail, mais avec une productivité réduite) (10). En tenant compte de l'impact de la mortinatalité, l'investissement

requis pour des interventions efficaces visant à sauver les vies des bébés est réduit à 2 143 dollars US par vie sauvée, contre 3 994 dollars US si l'on considère uniquement les décès néonataux (10). La prise en compte de tous ces aspects du fardeau de la mortinatalité indique l'importance du coût économique des mortinaissances qui est en fin de compte supporté par les gouvernements et les sociétés.

Incidence sur les prestataires de soins de santé

Les prestataires de soins de santé risquent de souffrir d'épuisement professionnel en raison de l'impact psychologique de leur travail sur des événements stressants, y compris le fait de s'occuper de femmes qui vivent une mortinaissance (15). Pour les soignants, les

conséquences négatives significatives de la prise en charge des familles après une mortinaissance comprennent la détresse personnelle, le sentiment d'être dépassé, d'essayer de « tenir le coup », la difficulté à se concentrer et la difficulté à reprendre le travail après l'événement (16-20). Un stress traumatique secondaire et des symptômes de stress post-traumatique ont également été signalés chez les prestataires de soins de santé qui assistent à des accouchements traumatisants, dont les mortinaissances (21). Une étude menée au Kenya et en Ouganda a montré que la tristesse, la frustration, la culpabilité et la honte étaient couramment ressenties, et que les soignants faisaient preuve de culpabilité, de peur et de comportements négatifs, par exemple en rejetant sur d'autres la responsabilité de la communication avec les familles (22). Une autre étude de Papouasie-Nouvelle-Guinée a montré que les prestataires de soins de santé se sentaient exposés à un risque de violence physique de la part de parents en colère après s'être occupés d'une femme ayant accouché d'un bébé mort-né (23).



Chaque fois que je m'occupe d'une femme ayant accouché d'un bébé mort-né, les conséquences sont dévastatrices pour la femme et sa famille, mais aussi pour moi en tant qu'aidant. Je dois faire face à mon propre chagrin et à celui de la femme et de sa famille, et pourtant, culturellement, il n'est pas acceptable de faire son deuil en public car la société ne considère pas le bébé mort-né comme un être humain... » – une sage-femme du Malawi

Source : Homer, Malata, ten Hoop-Bender (2016) (24)

Toutefois, il existe des preuves de certains effets positifs, en particulier lorsque les prestataires de soins de santé ont le sentiment de pouvoir fournir des soins de qualité aux personnes en deuil. La prise en charge des familles peut être gratifiante lorsque les soignants sont en mesure de communiquer avec les familles, d'offrir la possibilité de créer des souvenirs spéciaux, de se mettre à l'écoute, de partager le chagrin et de faire la différence (25).



© UNICEF/UNI166910/d'Aki

Le 25 juillet 2014, dans l'État de Palestine, Soha Mosleh est allongée sur un lit de camp alors qu'elle se rétablit dans la maternité de l'hôpital Al-Shifa de Gaza. Au deuxième jour de la récente escalade de la violence entre Israël et Gaza, Mme Mosleh, qui en était à son neuvième mois de grossesse, a quitté son domicile dans le district de Zeitoun à la recherche d'un endroit plus sûr où se réfugier. « J'avais l'impression d'être une pierre », explique-t-elle à propos des douleurs vaginales qu'elle a commencé à ressentir. Une fois à l'hôpital, elle a accouché d'une fille mort-née. Ses médecins estiment que la mortinaissance a été provoquée par le stress induit par le conflit.

Facteurs de risque sous-jacents associés à la mortinatalité

Les facteurs de risque sont des états de santé ou des caractéristiques qui augmentent le risque d'une personne de développer une maladie ou de subir un effet sanitaire défavorable, tel qu'une mortinaissance. Ces facteurs de risque peuvent agir directement ou indirectement, en augmentant le risque d'autres causes plus directes de décès. Par exemple, une infection est un facteur de risque qui peut causer directement un décès, tandis que le manque de prestataires qualifiés est un facteur de risque indirect qui peut contribuer à un décès. Les facteurs de risque de mortinatalité

augmentent généralement le risque d'autres issues défavorables à la naissance, telles que la prématurité, l'insuffisance pondérale à la naissance et la mortalité néonatale. La [Figure 1.3](#) illustre un modèle de risque de mortinaissance (appelé modèle socio-écologique) et les facteurs de risque à plusieurs niveaux qui influent sur la mortinatalité, notamment les facteurs de risque maternels, familiaux, communautaires, structurels et liés au système de santé. Des exemples de facteurs de risque spécifiques sont présentés dans le [tableau 1.1](#), conformément à ce modèle. Le tableau recense des exemples de facteurs de risque, sans être exhaustif. Il est important de noter que ces facteurs de risque peuvent interagir les uns avec les autres de manière complexe, amplifiant potentiellement le risque (26).

FIGURE 1.3 : MODÈLE SOCIO-ÉCOLOGIQUE DU RISQUE DE MORTINATALITÉ

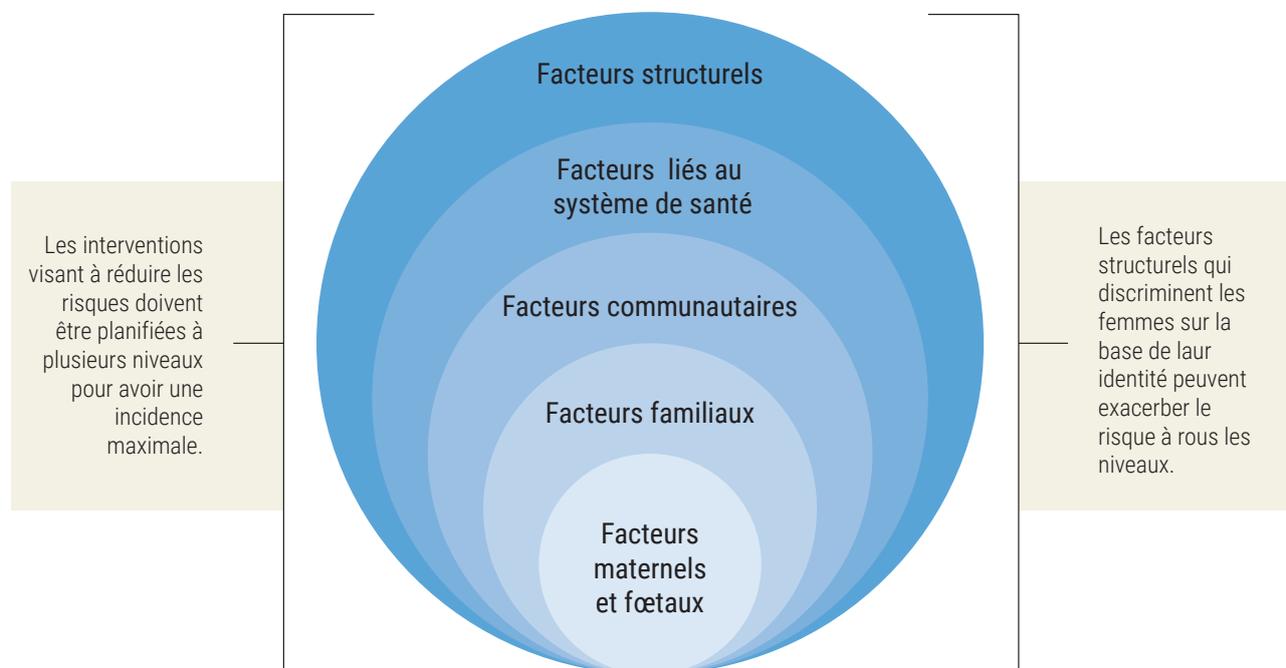


TABLEAU 1.1 : FACTEURS DE RISQUE DE MORTINATALITÉ SELON LE MODÈLE SOCIO-ÉCOLOGIQUE

Composante du modèle	Exemples de facteurs de risque
FACTEURS DE RISQUE STRUCTURELS	
Discrimination et iniquité	Fondées sur la race, l'appartenance ethnique, la religion, l'orientation sexuelle, l'identité de genre ou toute autre caractéristique
	Refus de services ou mauvaise qualité des soins ; absence de respect dans les soins prodigués
	Absence de politiques protégeant la santé de la reproduction
FACTEURS DE RISQUE INHÉRENTS AU SYSTÈME DE SANTÉ	
Personnel de santé	Manque de prestataires de soins qualifiés, en particulier pour les équipes de nuit et dans les zones rurales
	Manque de formation initiale et de formation continue sur la gestion des risques
	Supervision et responsabilité insuffisantes
Qualité des soins	Manque de continuité dans le continuum de soins
	Facteurs liés aux soins de qualité inférieure, y compris (mais sans s'y limiter) l'incapacité des prestataires de soins à reconnaître et à gérer les risques, l'incapacité à respecter les directives de pratique clinique et une mauvaise communication
	Pas d'orientation ou orientation tardive vers des services spécialisés pour les grossesses à haut risque
	Absence ou mauvaise qualité des soins obstétricaux pendant le travail et l'accouchement
Infrastructures et fournitures de santé	Manque d'infrastructures sanitaires, telles que l'eau potable, l'électricité, les fournitures médicales
	Chaîne d'approvisionnement défaillante en ce qui concerne les fournitures essentielles telles que l'oxygène et l'anesthésie
FACTEURS DE RISQUE COMMUNAUTAIRES	
Longue distance à parcourir et accès réduit aux soins	Absence de soins spécialisés dans les zones rurales
	Longues distances, manque d'infrastructures routières et de transport, coût des déplacements
Quartiers peu sûrs	Taux élevés de criminalité, de violence et d'insécurité dans la rue
Expositions environnementales	Manque d'eau propre et de services d'assainissement ; pollution de l'air intérieur et extérieur
FACTEURS DE RISQUE FAMILIAUX	
Structures et dynamique des familles	Maltraitance émotionnelle et physique
	Manque d'autonomie dans la prise de décision concernant la santé et les soins de santé

Composante du modèle Exemples de facteurs de risque

FACTEURS DE RISQUE MATERNELS ET FŒTAUX	
Stress financier, émotionnel et interpersonnel	Pauvreté ou faible revenu et insécurité alimentaire ou de logement associée
	Manque de soutien social ou familial
Éloignement et ruralité	Manque d'accès à des moyens de transport
	Manque d'accès et de disponibilité des services obstétricaux d'urgence
Défaut d'efficacité personnelle	Compétences limitées dans le domaine de la santé entraînant une mauvaise compréhension des informations sanitaires
Physiologique ou biomédical	Âge maternel supérieur ou égal à 35 ans
	Indice de masse corporelle élevé/obésité
	Affections préexistantes telles que l'hypertension, le paludisme, l'infection par le VIH
	Apport nutritionnel carencé ; consommation de substances telles que le tabac, l'alcool, les opiacés
Placentaire/fœtal	Retard de croissance fœtale ; pré-éclampsie/éclampsie ; infection
	Hémorragie antepartum ou intrapartum

Remarque : cette liste propose des exemples de facteurs de risque ; elle ne prétend pas être exhaustive.

© UNICEF/UNI59991/Nesbitt
 Une femme déballe des vêtements et des couvertures pour bébé dans sa maison de Lusaka (Zambie). Elle vient de rentrer après le décès de son bébé à la naissance. Elle pense que son bébé était mort-né en raison de complications liées à son diabète et à sa séropositivité.

