

## 2. POSSIBILITÉS DE SURMONTER LES DIFFICULTÉS LIÉES À LA LUTTE CONTRE LA MORTINATALITÉ

### Quels sont les défis à relever ?

Malgré les progrès récents dans l'inclusion de la mortinatalité dans le suivi des données mondiales relatives à la mortalité infantile (1), les mortinaissances restent cachées en termes de reconnaissance sociale, d'investissement et d'action programmatique, en raison d'échecs dans cinq grandes catégories (27) : manque d'équité dans l'accès aux soins ; manque de qualité dans les soins ; perceptions sociétales ; lacunes dans les données ; et défis programmatiques (Figure 2.1). Ces grandes catégories décrivent les raisons

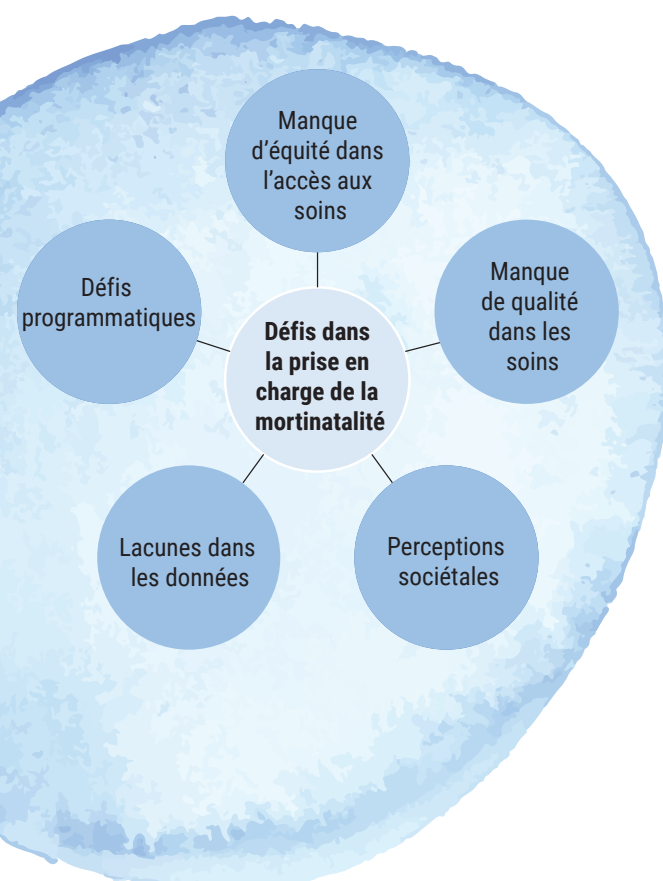
pour lesquelles les mortinaissances évitables – qui peuvent être évitées grâce aux actions des systèmes de santé – continuent de se produire. Elles soulignent également pourquoi les soins de qualité après une mortinaissance font souvent défaut. Des exemples de difficultés spécifiques sont présentés à l'annexe 1.

### Manque d'équité dans l'accès aux soins

L'équité dans la santé maternelle signifie que toutes les femmes ont accès – et peuvent recourir – aux soins adéquats au moment opportun, indépendamment de leur race, de leur statut social, de leur ethnicité, de leur religion, de leur âge, de leur sexualité ou d'autres caractéristiques individuelles.

Les autorités sanitaires doivent prendre des mesures pour s'assurer que les services de santé maternelle sont disponibles pour toutes les femmes, et en particulier pour celles qui sont les plus susceptibles d'en avoir besoin mais les moins susceptibles de les utiliser. Il s'agit notamment des femmes migrantes, des réfugiées et des femmes et des familles vivant dans des environnements fragiles et des contextes d'intervention humanitaire.

**FIGURE 2.1 : CADRE DES DÉFIS À RELEVER POUR LUTTER CONTRE LA MORTINATALITÉ**





La pauvreté m'a anéantie ; j'ai eu quatre enfants mort-nés d'affilée. Ici, la plupart des gens sont analphabètes et pauvres. Ils sont conservateurs ; ils ne permettent pas à leurs femmes de se rendre à des consultations de contrôle. Mais les femmes riches n'ont pas ce genre de problèmes ; elles ont plus de liberté que nous ».

Source : Zakar, Zakar, Mustafa, *et al.* (femme au Pakistan, 2018) (28)

## Manque de qualité dans les soins

Le taux de mortinatalité est un indicateur clé de la qualité des soins pendant la grossesse et l'accouchement.



*La qualité des soins est définie par l'OMS comme « la mesure dans laquelle les services de soins de santé fournis aux individus et aux populations de patients améliorent les résultats de santé [...] Les soins de santé doivent être sûrs, efficaces, opportuns, efficaces, équitables et centrés sur la personne » (29).*

Il est prouvé que plus les femmes et les adolescentes se rendent fréquemment aux consultations prénatales, plus le risque de mortinatalité est faible. Cette réduction du risque est due en grande partie à l'augmentation des possibilités accrues pour les professionnels de la santé de détecter et, avec les femmes, de gérer les complications potentielles. Si l'on compare avec les effets de quatre visites, huit consultations prénatales ou plus peuvent réduire les décès périnataux (mortinaissances et décès de nouveau-nés) jusqu'à 8 pour 1 000 naissances (30). Mais il reste de nombreux obstacles à la fourniture de

soins prénatals de qualité. Il existe également des obstacles à la fourniture de soins intrapartum de qualité, et environ la moitié de toutes les mortinaissances résultent de complications pendant le travail et l'accouchement (31). L'amélioration de la qualité des soins se heurte à de nombreux obstacles liés à des facteurs émotionnels, informationnels et systémiques tels que les questions de dotation en personnel et de financement (32).

## Perceptions sociétales

Les pertes importantes de vies humaines dues à la mortinatalité sont souvent méconnues et cachées. Au nombre des difficultés rencontrées par les pays et les sociétés figurent la persistance de la stigmatisation et des tabous qui font que la mortinaissance reste cachée (33), ainsi que la reconnaissance et la prise en compte limitées de la mortinatalité dans le cadre juridique de nombreux pays. Il est également nécessaire de sensibiliser davantage la communauté au deuil et au traumatisme des mortinaissances et à la manière d'y répondre, car il s'agit d'une étape cruciale pour réduire l'isolement, le deuil et la stigmatisation que connaissent de nombreux parents (voir [Chapitre 1](#) et [Suppression du chagrin : une étude de cas en Inde](#)).



Notre société a beaucoup de mal à parler de la mort et à parler d'émotions intenses. Le décès d'un petit bébé ou d'un enfant est un sujet tellement douloureux et éprouvant pour les gens. » – Deborah de Wilde, bénévole, Stillbirth Foundation Australia

Source : [Senate Select Committee on Stillbirth Research and Education](#). (Comité sénatorial spécial sur la recherche et l'éducation en matière de mortinatalité) [Rapport 2018](#)

## Suppression du chagrin : une étude de cas en Inde

Mme S., une femme de 29 ans, profitait de sa première grossesse en 2019. Au cours de son 8e mois de grossesse, le scanner de croissance de routine a révélé un gonflement de la tête du bébé avec une destruction de la matière cérébrale (hydrocéphalie grossière avec un cortex cérébral très fin). Les deux parents ont reçu des conseils et le pronostic de l'enfant leur a été expliqué. Le soutien familial a aidé Mme S. dans l'attente d'un accouchement spontané. Après 9 mois de grossesse, un magnifique garçon est mort-né. On a demandé à Mme S. si elle voulait voir et tenir son bébé. Le bébé avait été bien habillé, un bonnet sur la tête pour dissimuler les marques de l'intervention, mais Mme S. a refusé. Elle a demandé à son obstétricien de prendre une photo de son bébé au cas où elle voudrait la voir à l'avenir. À l'époque, il n'y avait pas d'expression de chagrin apparente.

Après le décès de leur bébé, le couple était tellement bouleversé qu'ils ont quitté leurs emplois et sont partis à l'étranger, dans l'espoir d'échapper aux souvenirs douloureux. Mme S. est de nouveau tombée enceinte et a donné naissance à une petite fille en bonne santé. Après presque deux ans et demi, Mme S. a appelé son ancien obstétricien et a demandé les photos de son fils décédé. Elle a expliqué qu'à l'époque du décès de son fils, elle avait subi d'intenses pressions socioculturelles pour éviter de le voir. Sa famille l'avait soutenue, mais elle pensait que le bébé était de mauvais augure et que le voir pouvait porter malheur lors de sa prochaine grossesse. Lorsque l'obstétricien a envoyé les photos à Mme S., celle-ci s'est mise à pleurer. Elle n'avait pas pleuré son fils jusqu'à ce moment-là, ce qui a entraîné une accumulation de culpabilité au cours de son deuil tardif. L'obstétricien a compris sa situation et lui a dit qu'il était normal de pleurer. Il lui a suggéré de consulter un psychologue pour bénéficier d'un soutien suivi.

## Manque de données

L'une des difficultés rencontrées dans la conduite d'études épidémiologiques sur les mortinaissances – et dans l'élaboration et la mise en œuvre d'interventions, de programmes de formation et de politiques sanitaires fondées sur des données probantes pour réduire la mortinatalité – est le manque de données précises, de qualité et complètes sur les mortinaissances. Le manque d'attention porté à cette question, associé à un financement et à des ressources humaines inadéquats, ont contribué à ces lacunes. Faute de ventilation des données, des occasions de prévenir

la mortinatalité ont été perdues. Par exemple, en l'absence de données ventilées selon le moment du décès, il n'est pas possible de surveiller les mortinaissances intrapartum, qui sont en grande partie évitables.

De nombreuses mortinaissances ne sont pas enregistrées en raison de la stigmatisation sociale ou parce qu'il n'y a pas d'obligation légale de le faire. Même lorsque les données sont disponibles, leur utilisation est souvent entravée par le manque de communication efficace avec le public, les autorités nationales, les bailleurs de fonds, les prestataires de soins de santé et autres

acteurs sur le coût émotionnel et financier des mortinaissances (10, 31).

Des données sont également nécessaires pour prendre des mesures spécifiques pour prévenir la mortinatalité et proposer un accompagnement après le décès. Les données qui sont déjà systématiquement collectées pour suivre les soins intrapartum et prénatals, y compris le contenu, la qualité, la couverture et l'équité, pourraient être mieux utilisées pour améliorer la prévention de la mortinatalité. Davantage de données sont nécessaires pour quantifier tous les coûts directs et indirects liés à la mortinatalité (voir [Chapitre 1](#)).

## Défis programmatiques

Les lacunes programmatiques, telles que l'absence de protocoles locaux clairs pour l'investigation diagnostique des causes des mortinaissances ([Annexe 1](#)), exacerbent les difficultés liées à la lutte contre la mortinatalité.

Ces lacunes peuvent refléter un manque d'engagement organisationnel et politique en faveur de la prévention de la mortinatalité et de la fourniture de soins respectueux et de soutien aux familles après une mortinaissance, ainsi que la croyance erronée selon laquelle la mortinatalité n'est pas évitable. Les politiques et les directives relatives aux approches programmatiques des soins après une mortinaissance (y compris l'accompagnement du deuil et les soins pendant les grossesses ultérieures) sont cruciales et nécessitent un [leadership](#) à plusieurs niveaux.

## Perspectives au fil du continuum de soins

Le continuum de soins fait référence à la continuité des soins individuels qui est nécessaire tout au long du cycle de vie, de la naissance à la mort et entre les lieux de prestation de soins, pour assurer la survie et un bon état de santé. Il est devenu

un axe principal des efforts visant à réduire les décès maternels, néonataux et pédiatriques et les mortinaissances, et à améliorer la qualité des soins à l'échelle mondiale (34, 35). Le continuum de soins implique la fourniture de services complets, y compris des soins cliniques, des services ambulatoires et des soins de proximité, assurés par des sages-femmes, le personnel infirmier, des obstétriciens, des gynécologues, des pédiatres, des néonatalogistes, des médecins généralistes, des agents de santé communautaires, des agents paramédicaux et d'autres personnes. Il couvre l'adolescence, la préconception, la grossesse, l'accouchement, la période postnatale et le début de la petite enfance, ainsi que la période consécutive à un décès – en mettant l'accent sur la réduction des inégalités (34). L'intégration entre les programmes et entre les différentes étapes du continuum est essentielle pour garantir la qualité des soins afin qu'aucune femme, qu'aucun bébé ou qu'aucun enfant ne passe entre les mailles du filet (34).

## Directives et bonnes pratiques

Les directives existantes de l'OMS fournissent un résumé complet des interventions tout au long du continuum de soins. Bien qu'elles ne visent pas spécifiquement la prévention de la mortinatalité, bon nombre des interventions recommandées pour les soins préconceptionnels, prénatals et intrapartum contribueront à prévenir les mortinaissances.

Les recommandations sélectionnées pour les soins postnatals s'appliquent aux soins physiques des femmes qui ont donné naissance à un bébé mort-né. Cependant, il n'existe **aucune directive de l'OMS spécifique aux soins après** une mortinaissance.

### Soins préconceptionnels

- [Soins préconceptionnels de l'OMS pour réduire la mortalité et la morbidité maternelles et infantiles \(en anglais uniquement\) \(36\)](#)

### Soins prénatals

- [Recommandations de l'OMS concernant les soins prénatals pour que la grossesse soit une expérience positive \(30\)](#)

### Soins intrapartum

- [Recommandations de l'OMS : Soins intrapartum pour une expérience positive de l'accouchement \(37\)](#)
- [Prise en charge des complications de la grossesse et de l'accouchement : guide de l'OMS pour les sages-femmes et les médecins – 2e édition \(38\)](#)
- [Guide de gestion du travail d'accouchement de l'OMS : manuel d'utilisation \(39\)](#)

### Soins postnatals

- [Recommandations de l'OMS sur les soins maternels et néonataux pour une expérience postnatale positive \(en anglais et en espagnol uniquement\) \(3\)](#)

→ **Niveau politique** : obtenir un financement pour la mise en œuvre et l'adaptation des directives dans votre contexte.

→ Agir en utilisant les conseils de plaidoyer fournis au [Chapitre 4](#).

## Qu'en est-il spécifiquement de la mortinatalité ?

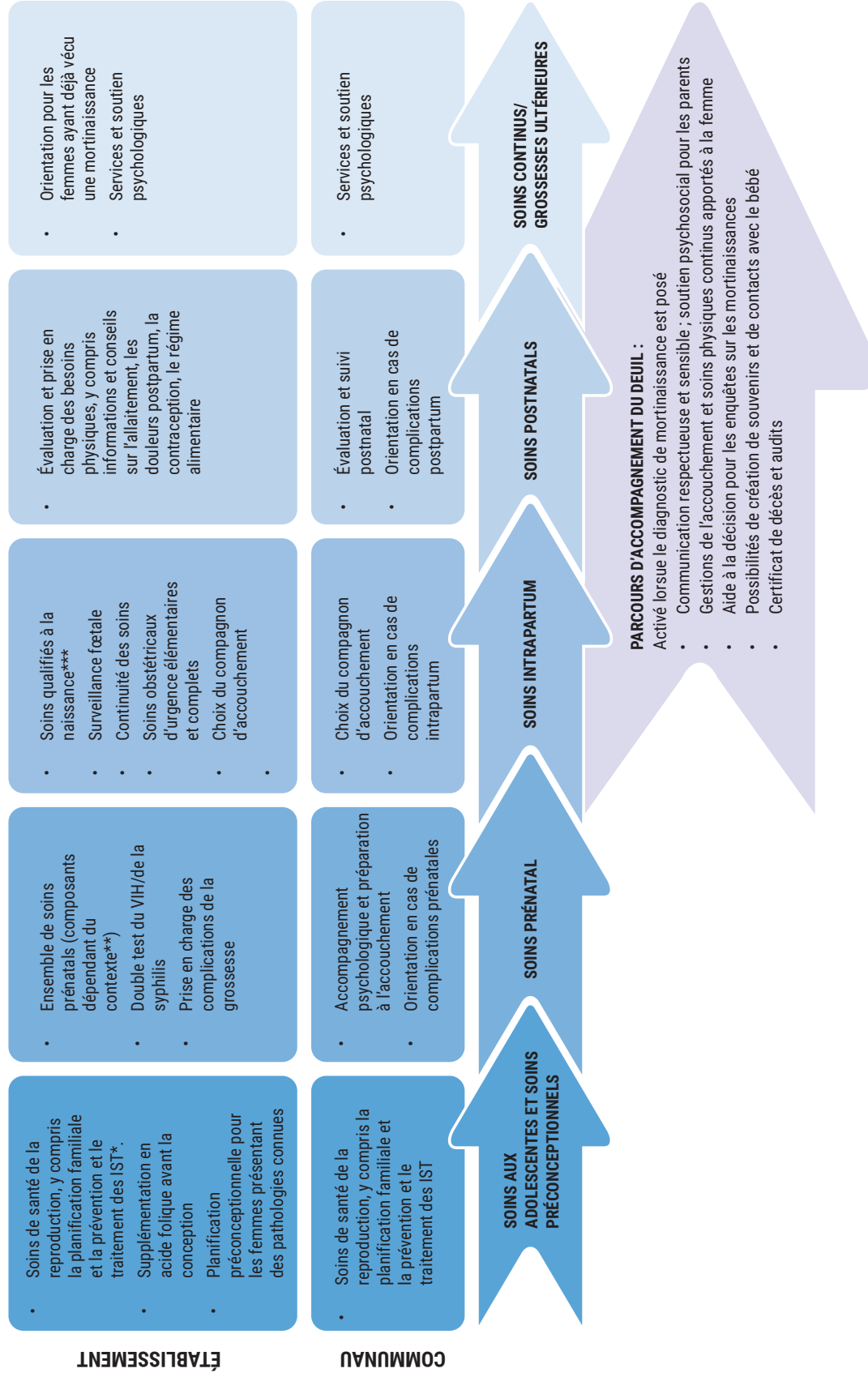
Fournie par des prestataires qualifiés dans un environnement favorable, l'approche du continuum de soins est essentielle à la prévention des mortinaissances et aux soins lorsque ces dernières se produisent, en améliorant l'état de santé de chaque femme et de chaque bébé. La [figure 2.2](#) montre les actions de prévention et de prise en charge de la mortinatalité à chaque point du continuum de soins, en s'inspirant des directives et des meilleures pratiques existantes. Les éléments essentiels de la prise en charge du deuil sont inclus, avec plus de détails dans le [Chapitre 3](#).

L'[encadré 2.1](#) présente les éléments essentiels des soins physiques, qui ne doivent pas être perdus dans l'accompagnement du deuil, d'autant plus que la mortinatalité est souvent associée à des problèmes de santé maternelle. Il est essentiel que les soins physiques de la femme soient prodigués avec sensibilité et compassion.

### CE QUE VOUS POUVEZ FAIRE :

- **Niveau local** : assurer l'accès à des directives de pratique clinique pertinentes et actualisées ; mettre en œuvre les interventions recommandées.
- **Niveau intermédiaire** : établir en lien avec les responsables politiques locaux pour mettre en place une campagne visant à sensibiliser les femmes aux services auxquels elles ont droit et à responsabiliser le gouvernement et les travailleurs de la santé quant à leurs performances.

**FIGURE 2.2 : LE CONTINUUM DE SOINS : ACTIONS POUR LA PRÉVENTION ET LA PRISE EN CHARGE DE LA MORTINATALITÉ**



SPN : soins prénatals ; SOU : soins obstétricaux d'urgence ; IST : infection sexuellement transmissible

\*Plus d'autres mesures de santé publique pour améliorer l'état de santé général et le bien-être de toutes les femmes en âge de procréer.

\*\* Peut inclure des interventions telles que le dépistage par échographie doppler de l'artère ombilicale, l'arrêt du tabac chez la mère et la sensibilisation aux mouvements du fœtus, les vaccinations maternelles, les précautions

environnementales (telles que l'installation de moustiquaires), la prise de décision éclairée concernant la date d'accouchement, le dépistage du streptocoque du groupe B et d'autres.

\*\*\* Comprend la surveillance de la progression du travail et de l'état de la mère, conformément au [Guide de gestion du travail d'accouchement de l'OMS : manuel d'utilisation \(39\)](#).

### ENCADRÉ 2.1 : ÉLÉMENTS ESSENTIELS DES SOINS PHYSIQUES PRODIGUÉS AUX FEMMES APRÈS LE DIAGNOSTIC DE MORTINAISSANCE

#### Travail et accouchement

- Décision partagée et sensible sur les options concernant le moment et le mode d'accouchement (par voie vaginale ou par césarienne).
- Discussion des options pour le soulagement de la douleur et la gestion du troisième stade du travail (pour les accouchements par voie vaginale).
- Planification d'un compagnon d'accouchement, selon les préférences de la femme.
- Traitement de tout problème de santé maternelle

#### Soins postnatals

- Évaluation physiologique complète postnatale
- Gestion de la douleur périnéale et utérine postpartum après un accouchement par voie vaginale
- Gestion de la douleur et traitement des lésions après une césarienne
- Conseils diététiques et informations pour la prévention de la constipation
- Gestion de la lactation, y compris la suppression de la lactation si nécessaire
- Traitement de l'engorgement mammaire et prévention de la mastite
- Information et services complets en matière de contraception
- Traitement continu de toute pathologie maternelle et accompagnement psychologique de la planification d'une grossesse ultérieure



© UNICEF/UNI48209/Khemka

Un médecin examine Hameeda Abdul, 25 ans, qui est allongée dans son lit après une césarienne à l'hôpital du Qatar, dans la ville portuaire de Karachi. Le bébé d'Hameeda est mort-né et Hameeda a failli mourir de complications dues à une anémie sévère, à une pression artérielle basse et à une hépatite C. Il s'agissait de sa huitième grossesse ; quatre de ses enfants ont survécu. Tous ses accouchements précédents ont eu lieu à domicile. Les médecins ont dit qu'elle avait eu de la chance qu'ils aient pu lui sauver la vie.