

Note technique conjointe et orientations futures sur la situation des mortinaissances pour la Méditerranée orientale, les États arabes, le Moyen-Orient et l'Afrique du Nord

Janvier 2023

Contexte

Dans le monde, un bébé est mort-né toutes les seize secondes, le terme « mort-né » désignant un bébé né sans signe de vie à 28 semaines de gestation ou plus. Cela représente près de deux millions de bébés mort-nés chaque année, et quarante-huit millions de bébés mort-nés au cours des deux dernières décennies ^{(1) (3)}. Les chiffres réels sont probablement plus élevés, car un certificat de décès n'est pas toujours établi pour un bébé mort-né et les chiffres réels et causes connexes ne sont souvent pas documentés. Un suivi et des soins de haute qualité avant et pendant l'accouchement auraient permis d'éviter la majorité de ces décès ⁽³⁾.

La publication en 2020 des estimations annuelles de la mortalité par le Groupe interinstitutions des Nations Unies pour l'estimation de la mortalité infantile (UN IGME) a marqué une étape importante dans l'amélioration de la qualité et de l'accessibilité des données sur les mortinaissances, essentielles pour renforcer la reconnaissance politique de cette tragédie négligée et évitable ⁽¹⁾. Le rapport joint à ces estimations par l'UN IGME a mis en évidence les principales carences concernant les données et les actions indispensables pour en finir avec les mortinaissances évitables, et a énoncé des mesures visant à combler ces lacunes, notamment en sensibilisant le public au traumatisme et au fardeau que représente la mortalité pour des millions de familles dans le monde, et en éclaircissant un sujet de santé publique qui regorge d'idées fausses ⁽¹⁾.

Le fait que cette perte énorme demeure invisible constitue un obstacle majeur au progrès. Si les Objectifs du Millénaire pour le développement (OMD) incluent des cibles pour la réduction de la mortalité maternelle et de la mortalité des enfants de moins de cinq ans, il n'existe pas de cible pour la réduction des mortinaissances ; de même, les mortinaissances ont été exclues des Objectifs de développement durable à l'horizon 2030 ^{(3) (6)}. Ce constat contredit le fait que la mortalité et les décès du nouveau-né relèvent du même axe de santé reproductive, maternelle, néonatale et infantile, la mortalité représentant plus d'un tiers du total des mortinaissances et des décès d'enfants de moins de 5 ans.

Un autre obstacle important réside dans les problèmes de qualité des données observés dans de nombreux pays ⁽⁷⁾. Les pertes importantes générées par les mortinaissances – qui représentent deux millions de décès chaque année – ne sont pas comptabilisées et les actions pour les prévenir sont insuffisamment financées par les gouvernements et les partenaires du développement ⁽¹⁾. Dans de nombreux pays, l'enregistrement et le recensement précis et réguliers des mortinaissances ne sont pas facilement réalisables ^{(3) (7) (8)}. Les systèmes d'information pour la gestion sanitaire et les systèmes d'enregistrement des actes et de statistiques d'état civil peuvent ne pas fonctionner ou ne pas inclure l'enregistrement systématique des mortinaissances ^{(3) (8)}. Les erreurs de classification entre mortinaissance et décès néonatal précoce sont fréquentes ^{(3) (9)}. De nombreux pays connaissent d'importants



Organisation mondiale de la Santé
BUREAU RÉGIONAL DE LA Méditerranée orientale



unicef

pour chaque enfant

Encadré 1 : Témoignages de parents endeuillés et de professionnels de santé

Mère d'un bébé mort-né (40 ans, son quatrième enfant est mort-né)

« À mon arrivée à l'hôpital, on m'a dit que mon bébé était mort en raison de l'hypertension artérielle dont je souffrais pendant ma grossesse. Je ne savais pas que ma tension était élevée parce que je n'avais pas les moyens de me faire accompagner médicalement pendant ma grossesse et je ne savais pas vers qui me tourner. On m'a conseillé de ne pas voir ma fille car elle était morte quelques jours avant l'accouchement et ce n'est que parce qu'une infirmière m'a encouragée à voir mon bébé que j'ai pu la tenir et la voir ; elle était belle. »

Père d'un bébé mort-né (54 ans, son huitième enfant est mort-né à 7 mois)⁽²⁾

« Je voulais voir mon bébé une fois. Lorsque ma femme est sortie de l'hôpital, j'ai serré mon bébé dans mes bras. Mais mon esprit était ailleurs. Je n'ai pas fait attention au visage de mon bébé. Plus tard, j'ai eu des regrets. Lorsque nous sommes arrivés à la maison, le bébé était déjà enterré. Pendant quelques jours, je me suis dit que j'aurais dû voir le visage de mon bébé au moins une fois. Ma femme l'a vu mais elle était préoccupée. J'étais triste, aussi. On a l'impression d'avoir perdu notre bébé vivant. »

Mère d'un bébé mort-né (28 ans, son huitième enfant est mort-né à 9 mois)⁽⁴⁾

« Oui, j'étais tellement énervée et en colère. Une nuit, je me suis réveillée pour allaiter mon bébé mais je me suis rendu compte que j'étais toute seule [elle a rêvé qu'elle était en train d'allaiter son bébé]. Ça m'a tellement bouleversée. J'ai beaucoup pleuré. Mon mari a pleuré tout autant en se rendant sur la tombe d'un bébé. Il travaille dans une université. Il n'était pas à la maison [lors de l'accouchement], mais lorsqu'il est rentré, il s'est immédiatement rendu sur la tombe du bébé. »

Mère d'un bébé mort-né (22 ans, son premier enfant est mort-né à 7 mois)⁽⁴⁾

« Ça m'a tellement affectée. Je sortais dans la rue comme une folle et j'observais les autres enfants. Je me disais que si mon bébé était vivant, il aurait leur âge. Je n'avais personne à la maison. Les agents de santé m'ont consolée, mais ils ne m'ont pas aidée. »

Mère d'un bébé mort-né (38 ans, son premier enfant est mort-né à 39 semaines de grossesse)

« La perte d'un enfant a été l'expérience la plus difficile que j'ai eu à vivre. J'ai attendu deux heures avant que mon médecin arrive pour confirmer que notre bébé était mort, j'ai dû m'y prendre à plusieurs reprises pour obtenir la boîte de mémoire que je savais disponible, et mon médecin m'a même demandé ce que j'avais fait la veille pour causer la mort de mon bébé. À l'époque et immédiatement après, j'ai remis en question chaque minute de la journée et ce que j'aurais pu faire différemment ; la culpabilité et le chagrin étaient immenses. Je sais maintenant que je n'ai absolument rien fait de mal et que mon bébé n'est pas mort à cause de moi. Ce n'est qu'un exemple des raisons pour lesquelles nous avons désespérément besoin de personnel hospitalier formé pour offrir des soins attentifs et compatissants aux parents en deuil. »

Responsable de santé publique⁽⁵⁾

« [...] la mortinatalité est comme un problème supplémentaire [...] la plupart du temps, elle n'est pas signalée par le personnel des établissements de santé. Et si vous vous rendez dans un établissement de santé, vous trouverez rarement les registres des cas de mortinatalité, c'est donc ça la réalité [...] vous ne pourrez pas trouver facilement l'information. »

problèmes de qualité des données. Nous avons besoin de données plus fiables pour comprendre les causes des mortinaissances évitables et définir des mesures ciblées visant à y mettre fin^{(3) (7) (8)}.

Le fardeau de la mortinatalité va bien au-delà du décès et affecte profondément les femmes et les familles sur le plan psychologique, social et économique (voir encadré 1)^{(3) (9)}. Après avoir vécu l'accouchement d'un enfant mort-né, les femmes et leurs partenaires présentent une incidence plus élevée de dépression, d'anxiété et d'autres symptômes psychologiques, dont certains peuvent durer longtemps⁽³⁾. Cependant, la stigmatisation, les tabous et les idées fausses occultent cette souffrance, et de nombreux parents sont incapables de révéler ou d'exprimer leur chagrin^{(3) (9) (10)}. La prise en charge immédiate et continue du deuil par les prestataires de soins de santé, ainsi que la sensibilisation à la mortinatalité et l'amplification des voix des mères endeuillées, de leurs partenaires et de leurs familles⁽³⁾, peuvent contribuer à minimiser les coûts psychologiques et émotionnels⁽⁹⁾.

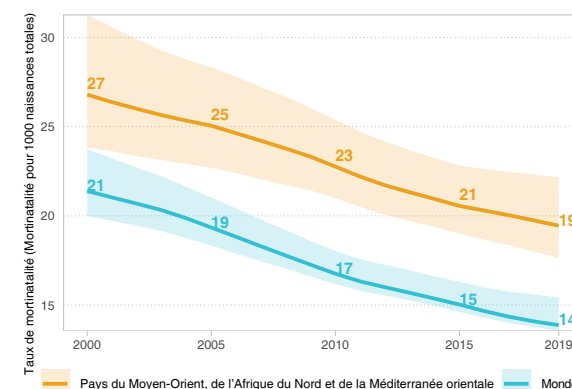
L'objectif de cette note technique conjointe du Bureau régional de l'OMS pour la Méditerranée orientale, du Bureau régional du Fonds des Nations Unies pour la population pour les États arabes et du Bureau régional de l'UNICEF pour le Moyen-Orient et l'Afrique du Nord, est de mieux diffuser les principales observations sur la mortinatalité spécifiques à notre Région¹ et de renouveler l'appel mondial à une action collective visant à mettre fin aux mortinaissances évitables dans notre Région, ainsi qu'à garantir des soins respectueux du deuil lorsque des mortinaissances surviennent, notamment en renforçant les données et les programmes de santé maternelle et néonatale.

Un taux régional de mortinatalité qui dépasse la moyenne mondiale

En combinant les chiffres de la Méditerranée orientale, des États arabes et du Moyen-Orient et de l'Afrique du Nord, on constate qu'environ 380 000 bébés sont mort-nés en 2019, avec un taux de mortinatalité de 19 enfants mort-nés pour 1 000 naissances totales, ce qui place cette Région nettement au-dessus de la moyenne mondiale de 14 pour 1 000 naissances totales (Figure 1 a). Le taux de mortinatalité pour cette Région équivaut ainsi à celui enregistré au niveau mondial il y a 15 ans. De même, alors que le nombre de mortinaissances dans le monde diminue progressivement, la part de cette Région dans la charge mondiale des mortinaissances est passée de 14 % en 2000 à 19 % en 2019 (Figure 1 b).

Figure 1. Taux de mortinatalité et nombre de mortinaissances pour les Régions combinées englobant la Méditerranée orientale, les États arabes, le Moyen-Orient et l'Afrique du Nord par rapport aux données mondiales, 2000-2019

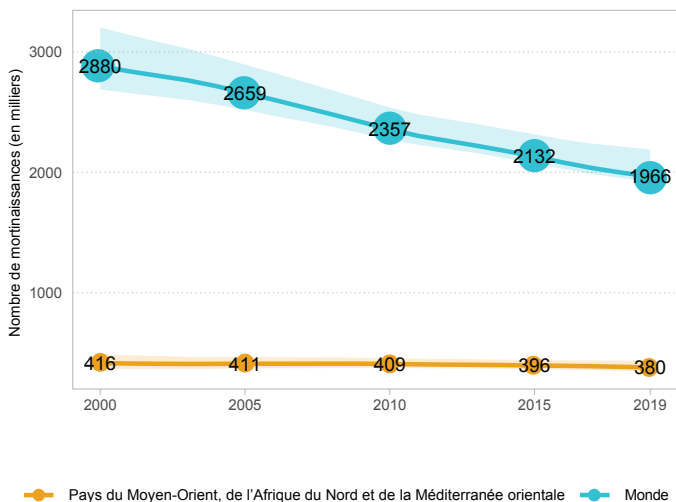
a) Taux de mortinatalité



Source : Groupe interinstitutions des Nations unies pour l'estimation de la mortalité infantile (2020)

1 Le mot « Région » fait référence aux trois Régions respectives des trois institutions. Il est utilisé partout dans le texte pour permettre une meilleure lisibilité.

b) Nombre de mortinaissances



Source : Groupe interinstitutions des Nations unies pour l'estimation de la mortalité infantile (2020)



© UNFPA Jordanie

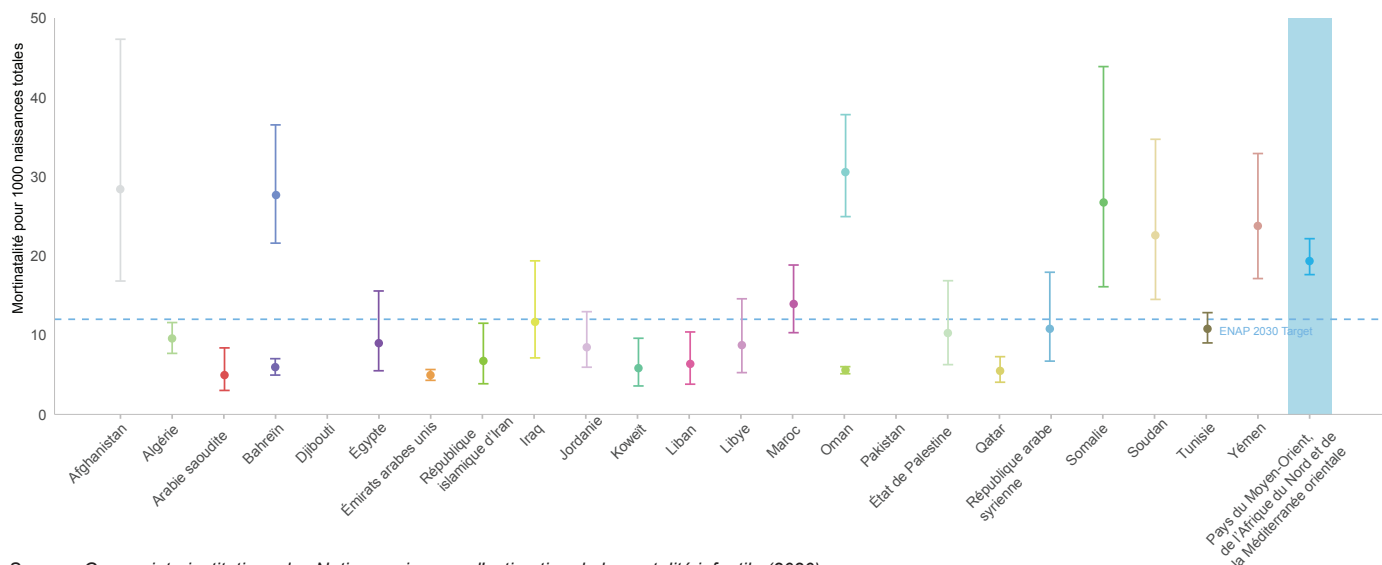
Un taux régional de mortinatalité qui reflète les inégalités

La charge globale de la mortinatalité dans notre Région n'est pas seulement élevée, elle est aussi très inégale d'un pays à l'autre, avec un taux de mortinatalité compris entre 4,9 pour 1 000 naissances totales aux Émirats arabes unis et 30,6 pour 1 000 naissances totales au Pakistan (Figure 2). En 2019, sept des 23 pays de nos Régions combinées (Afghanistan, Djibouti, Maroc, Pakistan, Somalie, Soudan et Yémen) présentaient un taux de mortinatalité encore supérieur à la cible mondiale de 12 mortinaissances pour 1 000 naissances totales à l'horizon 2030 (une cible fixée par le Plan d'action « Chaque nouveau-né » en 2014) ⁽¹¹⁾. Les données sont restreintes dans notre Région pour mettre en évidence les inégalités au sein d'un même pays, mais le risque de mortinatalité est supérieur parmi les populations les plus marginalisées et défavorisées, que ce soit dans les pays à revenu faible, intermédiaire ou élevé, et les inégalités structurelles, y compris l'inégalité systémique en ce qui concerne l'accès à des soins de santé de qualité, doivent être surveillées et traitées dans tous les contextes ⁽¹¹⁾ ⁽¹²⁾.



©UNICEF/Yémen/UN0411686/Haleem

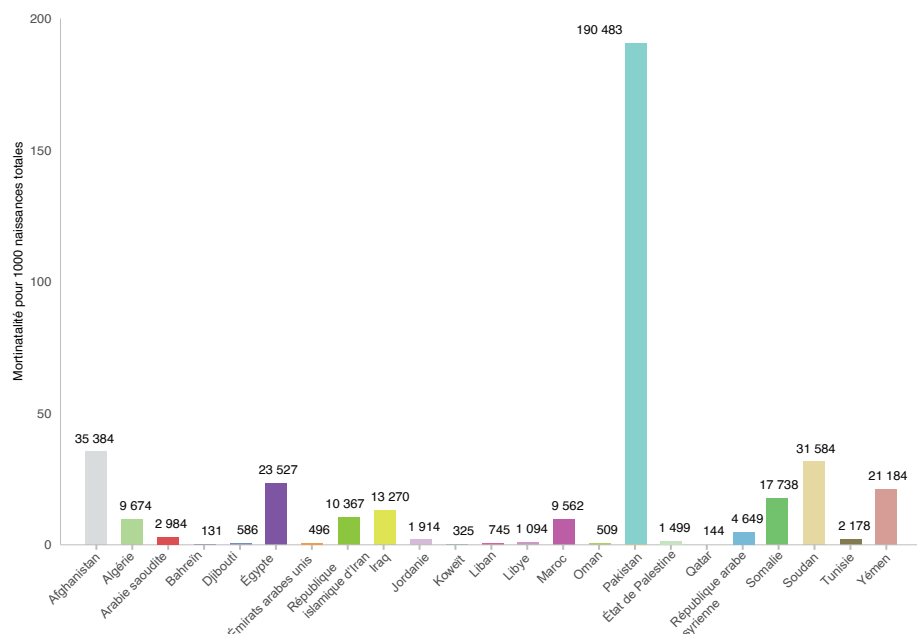
Figure 2. Taux de mortinatalité par pays, 2019



Source : Groupe interinstitutions des Nations unies pour l'estimation de la mortalité infantile (2020)

Sur 380 000 mortinaissances dans les Régions combinées Méditerranée orientale, États arabes, Moyen-Orient, Afrique du Nord, plus de la moitié surviennent au Pakistan (Figure 3).

Figure 3. Nombre de mortinaissances par pays, 2019

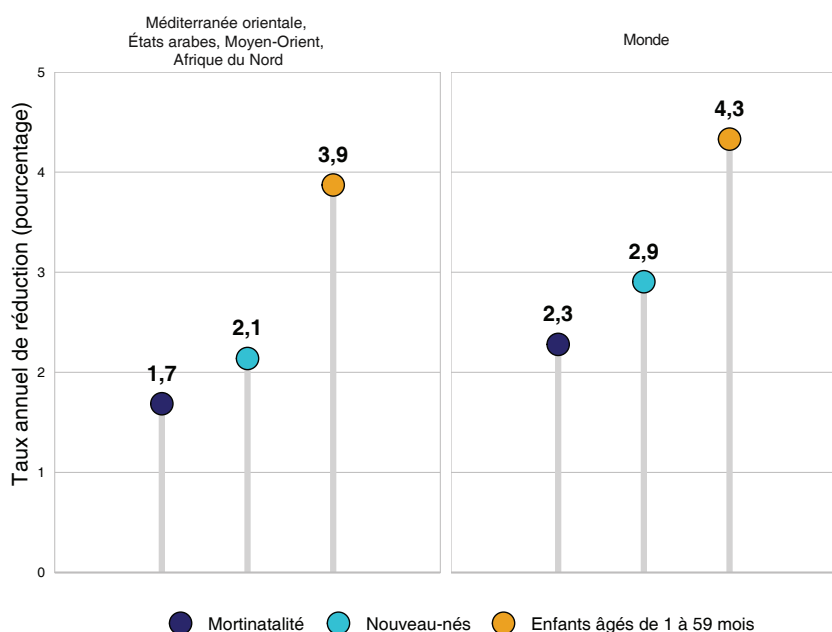


Source : Groupe interinstitutions des Nations unies pour l'estimation de la mortalité infantile (2020)

Une Région marquée par des progrès lents dans la prévention des mortinaissances

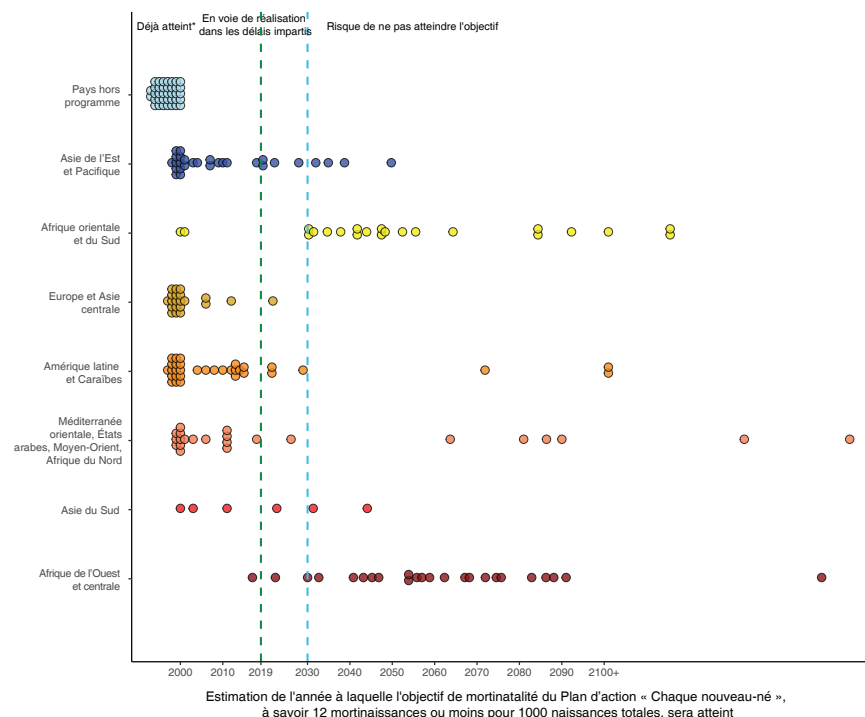
Les taux et chiffres de la mortinatalité sont élevés dans la Région tandis que le taux annuel de réduction de ce phénomène est bas. La progression du taux annuel de réduction de la mortinatalité pour cette Région est plus lente que celle des taux de mortalité néonatale et de mortalité infantile chez les enfants âgés de 1 à 59 mois. Elle est également plus lente que la moyenne mondiale (Figure 4). Ce décalage se traduit directement par de nombreuses mortinaissances qui auraient pu être évitées. Si les tendances actuelles se poursuivent, six pays de la Région (Afghanistan, Djibouti, Pakistan, Somalie, Soudan, Yémen) n'atteindront pas avant 2060 au plus tôt la cible fixée par le Plan d'action « Chaque nouveau-né » de 12 mortinaissances pour 1 000 naissances totales à l'horizon 2030 (Figure 5). En revanche, si tous les pays de la Région atteignent la cible du Plan d'action « Chaque nouveau-né » à l'horizon 2030, un million de mortinaissances pourront être évitées au cours de la prochaine décennie (2020-2030).

Figure 4. Taux annuel de réduction de la mortinatalité et de la mortalité des enfants de moins de 5 ans dans la Région et dans le monde, 2000-2019



Source : Groupe interinstitutions des Nations unies pour l'estimation de la mortalité infantile (2020)

Figure 5. Estimation de l'année à laquelle l'objectif en matière de mortalité du Plan d'action « Chaque nouveau-né » sera atteint si les tendances actuelles se poursuivent, par pays et par région

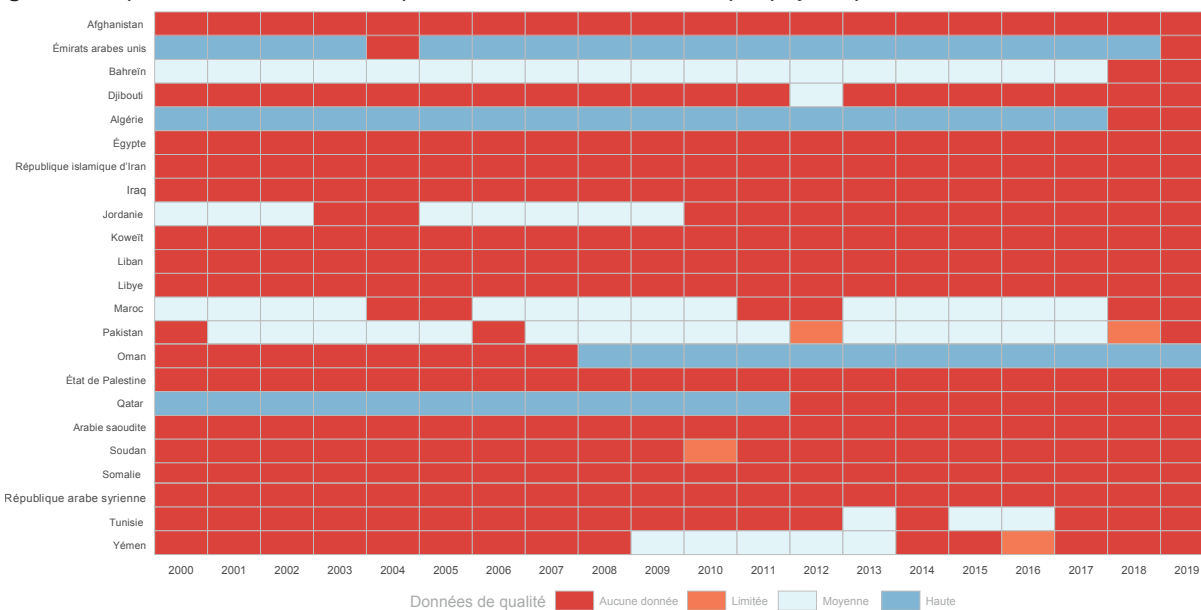


Source : Groupe interinstitutions des Nations unies pour l'estimation de la mortalité infantile (2020)

Peu de données de qualité sur la mortinatalité dans la Région

De nombreux pays ne disposent pas de données de qualité sur la mortinatalité ou ces données sont rares ; par conséquent les taux et les chiffres indiqués dans les figures 2 et 3 peuvent ne pas refléter la véritable charge de la mortinatalité dans la Région couverte. En plus des problèmes évoqués plus tôt concernant les systèmes d'information pour la gestion sanitaire et les systèmes d'enregistrement des actes et de statistiques d'état civil, les définitions incohérentes de la mortinatalité, les différentes méthodes de recensement de la mortinatalité, la confusion entre la mortinatalité et le décès du nouveau-né, la sous-déclaration en raison des reproches ou de la stigmatisation, ainsi que de nombreux autres problèmes contribuent aux lacunes et à la mauvaise qualité des données qui sont essentielles pour élaborer des stratégies de prévention⁽⁵⁾ ⁽⁶⁾. Une étude récente a révélé que 11 pays de la Région ne disposent pas de données de qualité sur la mortinatalité, quelle que soit l'année entre 2000 et 2019, et que seuls quatre pays disposent de données de haute qualité pour l'une ou l'autre de ces années (Émirats arabes unis, Algérie, Oman et Qatar) (Figure 6)⁽⁷⁾.

Figure 6. Disponibilité de données de qualité sur les mortinaissances par pays et par année



Remarque : **Haute :** Lorsque les données d'enregistrement sont disponibles. **Moyenne :** Lorsque les données ne sont disponibles qu'à partir de sources nécessitant des ajustements (enquêtes ou système d'information pour la gestion sanitaire). **Limitée :** Lorsque seules les données des études démographiques sont disponibles. **La disponibilité des données est évaluée sur la période à laquelle se réfère l'enquête.**

Source : Groupe interinstitutions des Nations unies pour l'estimation de la mortalité infantile (2020)

La COVID-19 pourrait augmenter le nombre de mortinaissances dans la Région

Les effets indirects de la pandémie de COVID-19 pourraient être énormes pour les mortinaissances. Les perturbations des soins de santé reproductive, maternelle, néonatale et infantile résultant de la pandémie pourraient augmenter les taux de mortinatalité, en particulier dans les pays à revenu faible et intermédiaire. Certaines projections ont estimé que 65 000 bébés supplémentaires pourraient être mort-nés dans un contexte de perturbation grave des services de santé sur une période de 12 mois dans notre Région⁽¹³⁾ ⁽¹⁴⁾. Il est donc essentiel d'inclure les mortinaissances dans les études afin de saisir le plein impact de la pandémie. Il est également important de disposer de données récentes et de qualité sur les mortinaissances avant, pendant et après la pandémie afin de comprendre les facteurs à l'origine d'un éventuel surnombre de mortinaissances, ainsi que pour sensibiliser aux mesures préventives appropriées et pour permettre un ciblage adéquat des soins respectueux du deuil⁽¹⁴⁾.



© OMS/David Spitz

Actions prioritaires aux niveaux stratégique et programmatique visant à mettre fin aux mortinaissances évitables et à garantir des soins respectueux du deuil

Un certain nombre d'obstacles entravent l'accélération des progrès en matière de mortinatalité dans notre Région. Le statut des progrès dans la Région est reflété dans le tableau figurant ci-dessous « Ending Preventable Stillbirth Scorecard » de l'International Stillbirth Alliance, qui enregistre le statut des pays faisant l'objet d'un suivi dans le cadre du Plan d'action « Chaque nouveau-né » – comprenant 16 pays de notre Région – au regard de l'appel à l'action lancé en 2016 dans la série The Lancet « Mettre fin aux mortinaissances évitables ». Le gris indique qu'aucune donnée n'est disponible.

Tableau de bord sur les mortinaissances pour la Région du Moyen-Orient et de l'Afrique du Nord

		2018	2019	2020
Objectifs de mortalité à l'horizon 2030	1.1 Pays disposant d'un plan relatif aux nouveau-nés	13/16 (81 %)	13/16 (81 %)	13/16 (81 %)
	1.2 Pays ayant un objectif lié au taux de mortinatalité	2/16 (13 %)	5/16 (31 %)	4/16 (25 %)
	1.3 Pays ayant atteint l'objectif mondial pour le taux de mortinatalité	7/16 (44 %)	10/16 (63 %)	10/16 (63 %)
	1.4 Pays disposant d'un plan infranational pour les nouveau-nés	9/16 (56 %)	9/16 (56 %)	8/16 (50 %)
	1.5 Pays ayant un objectif d'équité lié au taux de mortinatalité			
	1.6 Pays communiquant des taux de mortinatalité infranationaux			
CSU : Planification familiale	2.1 Utilisatrices supplémentaires de méthodes modernes de contraception	5 545 000	4 806 000	5 972 000
	2.2 Pourcentage de satisfaction des demandes de contraception	28 %	27 %	32 %
	2.3 Pays disposant d'un plan de santé reproductive			
CSU : Soins prénatals	2.4 Accès à des soins prénatals conformes aux normes mondiales			
	2.5 Soins prénatals	15 %	37 %	40 %
	2.6 Qualité des soins prénatals			
CSU : Soins intrapartum	2.7 Normes mondiales pour les soins intrapartum			
	2.8 Personnel qualifié présent à l'accouchement	60 %	50 %	51 %
	2.9 Qualité des soins intrapartum			

Tableau de bord sur les mortinaissances pour la Région du Moyen-Orient et de l'Afrique du Nord (suite)

Jalons	3.1 Amélioration de la qualité en matière de santé maternelle et néonatale	9/16 (56 %)	13/16 (81 %)	13/16 (81 %)
	3.2 Systèmes de suivi des décès périnataux	6/16 (38 %)	9/16 (56 %)	11/16 (69 %)
	3.3 Recherches prévues sur les mortinaissances par pays	5/16 (31 %)	4/16 (25 %)	4/16 (25 %)
	3.4 Soins respectueux après un décès			
	3.5 Réduction de la stigmatisation			

*Les pays participants comprennent l'Afghanistan, Djibouti, l'Égypte, la République islamique d'Iran, l'Iraq, la Jordanie, le Liban, la Libye, le Maroc, le Pakistan, l'État de Palestine, la République arabe syrienne, la Somalie, le Soudan, la Tunisie et le Yémen.

Source : International Stillbirth Alliance

Légende :

Atteint, En bonne voie, En progrès, Lent/pas de progrès

100 %	≥75 % < 100 %	≥50 % < 75 %	0 - < 50 %
-------	---------------	--------------	------------

En réponse au statut du phénomène de la mortinatalité décrit ci-dessus, nous proposons les priorités et les domaines d'action suivants :

Actions stratégiques

- *Mettre en œuvre des politiques et des programmes d'investissement ciblés pour la collecte et la communication de données actualisées et de qualité tout au long du parcours de soins de chaque mère et de chaque enfant*, notamment en renforçant la SDMR (Surveillance des décès maternels et riposte) et les systèmes d'enregistrement des actes et de statistiques d'état civil. En l'absence de données actualisées et de qualité, les mortinaissances demeurent invisibles dans le programme de santé publique, et nous ne sommes pas en mesure d'appréhender l'efficacité et l'efficacité des stratégies actuelles.
- *Écouter les parents endeuillés et leur apporter des réponses*, car ils sont souvent absents des politiques et des actions. Il est essentiel que la parole des parents soit traduite en politiques, tout en s'efforçant de lever les tabous sociaux, les stigmates et les idées fausses qui font de la mortinatalité un problème de santé publique largement passé sous silence. Dans ce cadre, il est nécessaire d'améliorer l'accès à des soins maternels respectueux et de qualité – y compris après une mortinaissance – de renforcer la disponibilité et la qualité des données, et d'inclure les mortinaissances dans tous les programmes d'investissement pertinents en matière de santé maternelle et néonatale.
- *Investir dans l'amélioration des soins obstétricaux et dans le renforcement des effectifs de sages-femmes*, ce qui est essentiel pour améliorer la situation de la mortinatalité dans notre Région. Les recherches montrent que 14 % des mortinaissances pourraient être évitées, même avec une augmentation modeste de la couverture des interventions assurées par des sages-femmes ⁽¹⁵⁾. Pourtant, seulement 42 % des personnes disposant de compétences en soins obstétricaux travaillent dans les 73 pays où surviennent plus de 90 % des décès maternels et néonataux et des mortinaissances. Des sages-femmes compétentes, formées selon les normes internationales

et bénéficiant de politiques et de procédures de soutien, ont le potentiel de sauver des centaines de milliers de mères et de nouveau-nés dans notre Région d'ici 2030.

« La couverture universelle des interventions réalisées par les sages-femmes pourrait éviter deux tiers des morts maternelles, néonatales et des mortinaissances, ce qui permettrait de sauver 4,3 millions de vies par an d'ici 2035 »

Amina Mohamed, Vice-Secrétaire générale des Nations Unies (État de la pratique de sage-femme dans le monde 2021)

Actions programmatiques

- *Améliorer l'accès universel à des soins respectueux et de qualité lors de la grossesse et de l'accouchement, un point essentiel du système de santé universel*. Les soins prénatals et lors de l'accouchement représentent une opportunité de réduire les mortinaissances évitables, ainsi que les décès maternels et néonataux, et de garantir un avenir radieux à chaque mère et à chaque bébé ⁽³⁾. La prise en charge doit commencer dès la période préconceptionnelle/prénatale, par la préparation à l'accouchement, le transport en temps utile des femmes enceintes vers les établissements de santé appropriés, et inclure les soins obstétricaux de base et d'urgence dispensés par des personnels de santé qualifiés pour chaque accouchement, y compris les césariennes. Les soins doivent être prodigués à toutes les mères – y compris les adolescentes – et à tous les bébés, indépendamment de leur âge, de leur lieu de résidence et de leur statut socio-économique de réfugié ou de migrant. Pour permettre l'accès aux soins, il convient de renforcer l'autonomie des femmes et de s'attaquer aux pratiques et normes sociales néfastes.
- *Garantir des services de soins obstétricaux équitables et de qualité pour une expérience positive de la grossesse et de l'accouchement*. Les sages-femmes jouent un rôle essentiel dans la lutte contre la mortinatalité, en particulier lorsqu'elles sont formées selon les normes mondiales, notamment en matière de prévention des mortinaissances, lorsqu'elles sont diplômées et pleinement intégrées aux systèmes de santé et lorsqu'elles bénéficient du soutien d'équipes pluridisciplinaires dans un environnement favorable ⁽¹⁵⁾⁽¹⁶⁾. Il existe toutefois de nombreux obstacles, parmi lesquels une formation et des réglementations inadéquates, des effectifs insuffisants et une répartition inéquitable ⁽¹⁶⁾. Il est nécessaire de renforcer les investissements dans la formation, le recrutement, le déploiement efficace et la fidélisation des sages-femmes ⁽¹⁵⁾.
- *Intégrer la formation au deuil dans le parcours de formation des professionnels de l'obstétrique*. Certaines études montrent que de nombreux agents de santé, y compris les sages-femmes, ne sont pas suffisamment préparés aux mortinaissances et se sentent incapables de soutenir adéquatement les femmes qui y sont

confrontées⁽³⁾. Les personnels de santé doivent être formés pour prodiguer des soins respectueux du deuil, reconnaître les réactions de deuil anormales et orienter les patients vers les services de santé mentale appropriés, le cas échéant⁽³⁾.

- **Améliorer sans délai les systèmes de données** afin de collecter des données actualisées et de qualité sur la mortalité (voir l'annexe). Parmi les améliorations possibles :
 - aligner les définitions opérationnelles de la mortalité au niveau national sur les normes internationales
 - intégrer des éléments spécifiques à la mortalité dans les stratégies pertinentes d'amélioration des systèmes de données
 - inclure les mortalités dans les systèmes d'information sanitaire de routine et les systèmes d'enregistrement de l'état civil
 - encourager l'intégration d'informations sur la chronologie, les causes et les facteurs contributifs dans les systèmes de collecte de données
 - présenter et analyser les données sur la mortalité au niveau local et intégrer les activités de prévention de la mortalité dans les programmes de soins de santé maternelle⁽³⁾
 - soutenir la mise en œuvre ou le renforcement des

systèmes de surveillance des décès maternels et périnataux et de la réponse à y apporter

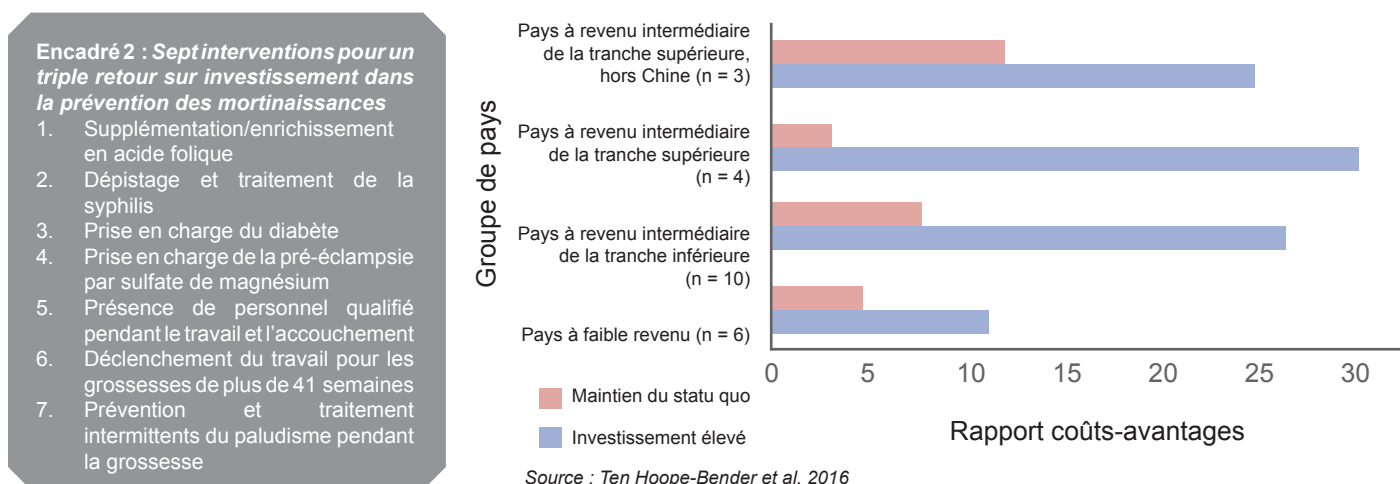
- encourager la priorisation de la recherche sur la mortalité afin de déterminer où, pourquoi et par qui le fardeau de la mortalité est supporté et comment aller de l'avant
- **Prendre en compte les témoignages des mères endeuillées, de leurs partenaires et de leurs familles dans l'élaboration des politiques et actions de soutien et de prévention des mortalités.** Des études montrent que lorsque les parents bénéficient d'un accès à des services spécialisés et d'un soutien de la part de leur famille et du tissu social local, et qu'ils sont en mesure de partager leurs expériences, les taux de dépression semblent diminuer et la santé mentale peut être améliorée⁽³⁾. Il est également important de mieux sensibiliser la communauté afin de réduire la stigmatisation associée à la mortalité. Mais surtout, les parents endeuillés sont les seuls à avoir fait l'expérience d'une mortalité et à en connaître les tenants et les aboutissants. Il convient donc de respecter leur parole et de la prendre en compte dans la conception des politiques et des programmes, par exemple en adaptant les dispositifs de prise en charge du deuil aux différents contextes culturels et linguistiques en fonction des observations formulées par les parents.

Orientations futures

Investir dans les soins autour de la naissance permet d'obtenir un triple retour sur investissement : réduction des décès maternels, réduction des décès néonataux et des mortalités, et amélioration du développement de l'enfant⁽¹⁷⁾. Les estimations réalisées dans les 20 pays du monde où le nombre de mortalités est le plus important montrent que l'on peut

s'attendre à un rapport coûts-avantages s'élevant à 25 dans les pays à revenu intermédiaire et supérieur à 10 dans les pays à revenu faible dès lors que l'ensemble des sept interventions qui ont un impact avéré sur les décès maternels et néonataux et sur les mortalités sont mises en œuvre (voir l'encadré 2 et la figure 7).

Figure 7. Rapports coûts-avantages de l'investissement dans un ensemble d'interventions clés



Pour faire avancer les choses, les actions immédiates suivantes sont recommandées :

1. **Multiplier les actions de sensibilisation autour de la mortinatalité** de manière à favoriser la reconnaissance politique et publique de ce problème négligé et tragique.
2. **Renforcer les systèmes de données** en vue de recueillir et de diffuser des données de qualité en temps utile, de manière à faciliter la mise en œuvre de politiques et de programmes fondés sur des données probantes et à garantir la mise en place d'interventions efficaces pour mettre fin aux mortinaissances évitables.
3. **Garantir l'accès universel à des soins respectueux et de qualité avant, pendant et après la naissance**, afin de réduire les décès maternels, les décès de nouveau-nés et les mortinaissances.
4. **Investir dans le personnel de santé** – notamment les sages-femmes – en accordant une attention particulière à la formation, au recrutement, au déploiement et à la fidélisation ; les former aux soins préventifs, à la consignation des données et à la fourniture de soins respectueux du deuil en cas de mortinatalité.
5. **Faire entendre la voix des mères, des parents et des familles**, et travailler avec eux pour que leur parole soit prise en compte dans les politiques et les actions.

Ressources utiles

- International Stillbirth Alliance : [The International Stillbirth Alliance \(ISA\)](#)
- International Stillbirth Alliance [Parent Voices Initiative](#) : Outils pratiques de sensibilisation destinés à promouvoir des soins de meilleure qualité en cas de naissance d'un enfant mort-né et outils permettant aux parents de se faire entendre et visant à améliorer la compréhension et la communication entre les professionnels de soins et les parents.
- Stillbirth Centre of Research Excellence : [Translated Resources | The Centre of Research Excellence in Stillbirth \(stillbirthcre.org.au\)](#)
- Global Health Advocacy Incubator : [Legal and Regulatory Review Toolkit for CRVSID \(advocacyincubator.org\)](#)
- Stillbirth and Child Mortality Estimates : Les données et les estimations les plus récentes et les plus fiables concernant les taux de mortinatalité et de mortalité infantile ([CME Info – Child Mortality Estimates](#))



Remerciements

Le présent document est le fruit d'une collaboration entre le Bureau régional de l'OMS pour la Méditerranée orientale, le Bureau régional du Fonds des Nations Unies pour la population pour les États arabes, le Siège de l'UNICEF, et le Bureau régional de l'UNICEF pour le Moyen-Orient et l'Afrique du Nord. Nous exprimons notre plus sincère gratitude à [l'International Stillbirth Alliance](#) pour sa contribution et sa collaboration à ce document.

Contributeurs :

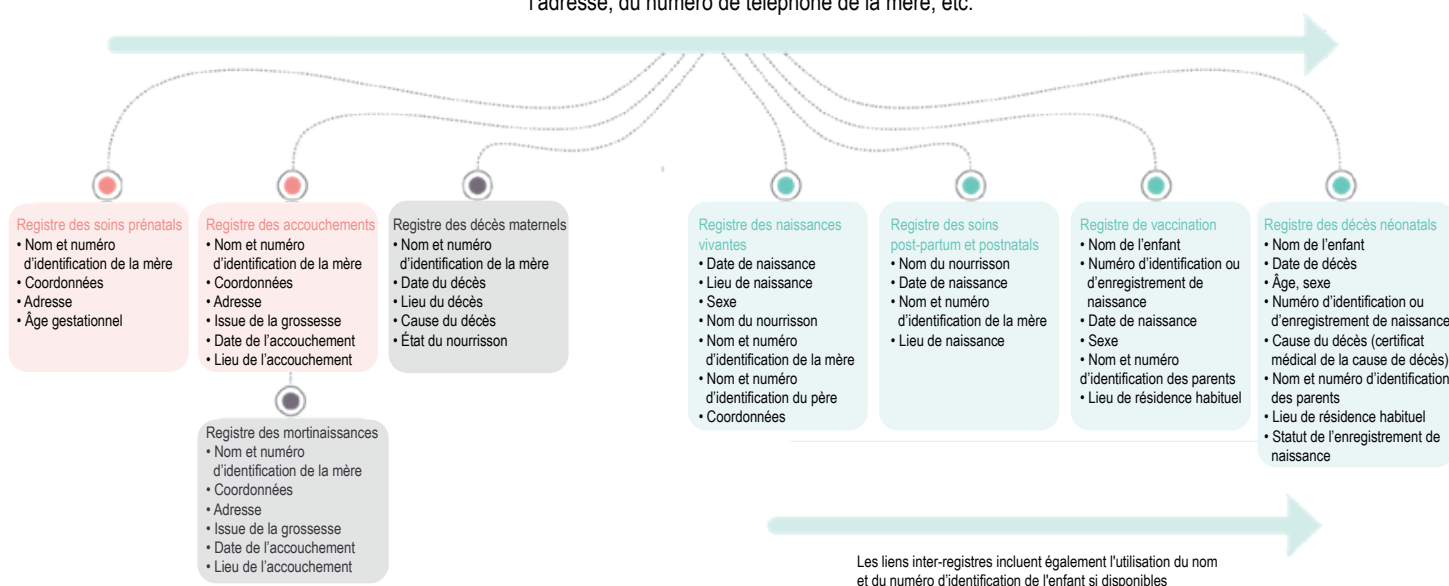
Karima Gholbzouri ^{a)}, Nilmini Nilangani Hmachandra ^{a)}, Khalid Siddeeg ^{a)}, Maha El Adawy ^{a)}, Mohamed Afifi ^{b)}, Shible Sahbani ^{b)}, Susannah Leisher ^{c)}, Gagan Gupta ^{d)}, Lucia Hug ^{d)}, Sinae Lee ^{d)}, Danzhen You ^{d)}, Kim Dickson ^{d)}, Anirban Chatterjee ^{e)} et Tomomi Kitamura ^{e)}

^{a)} Bureau régional de l'OMS pour la Méditerranée orientale, ^{b)} Bureau régional du Fonds des Nations Unies pour la population pour les États arabes, ^{c)} The International Stillbirth Alliance, ^{d)} Siège mondial de l'UNICEF, ^{e)} Bureau régional de l'UNICEF pour le Moyen-Orient et l'Afrique du Nord

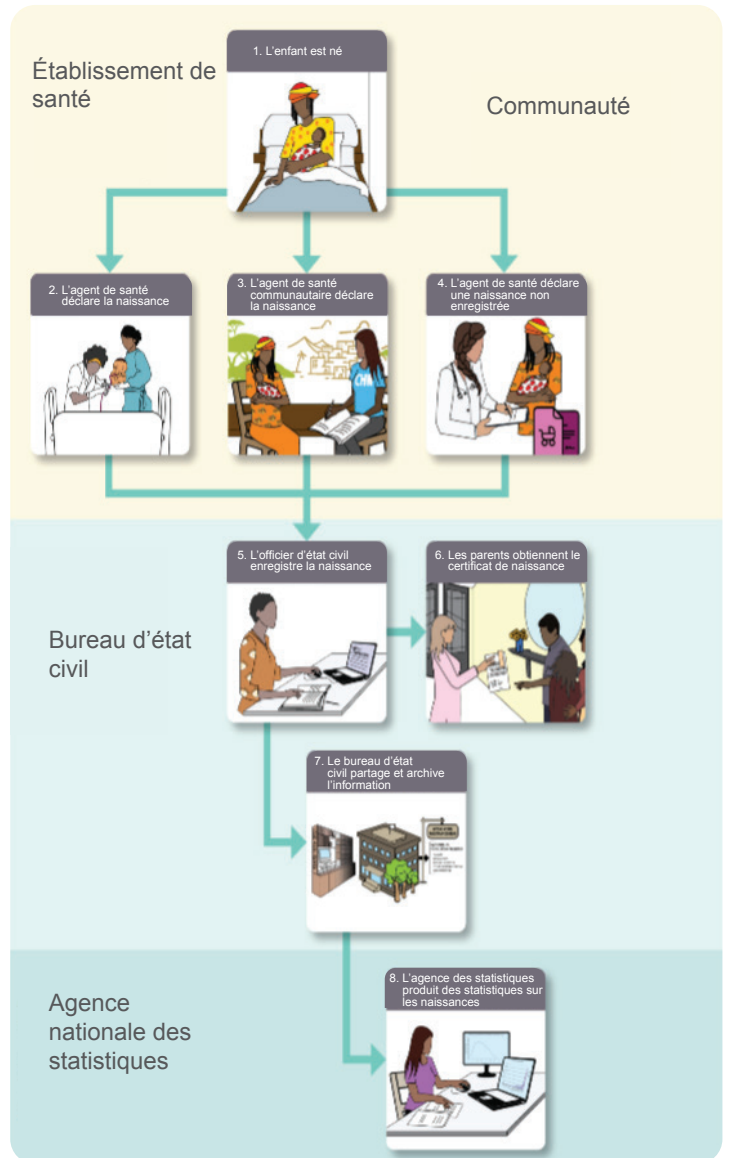
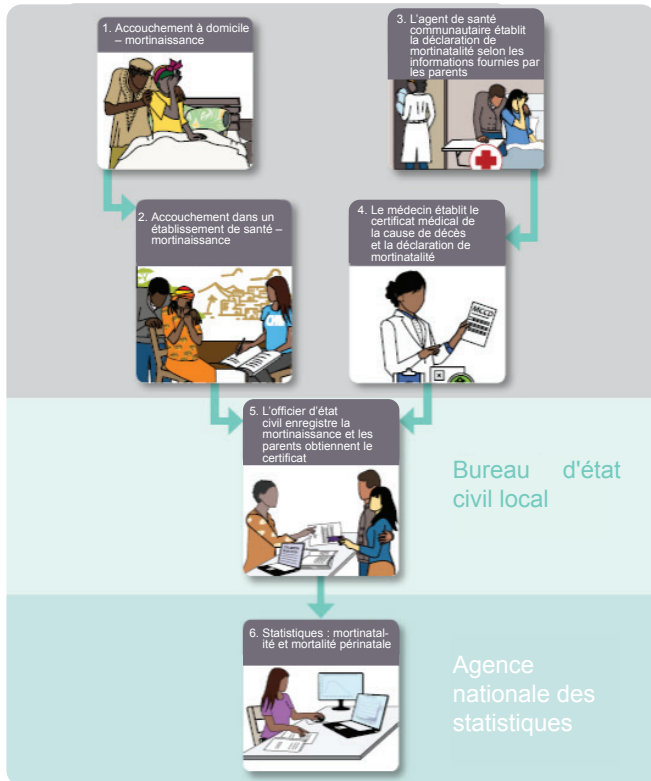
Annexe ⁽¹⁸⁾ : Étapes pour une amélioration des données sur la mortalité

- Identifier les points d'entrée possibles pour l'enregistrement des mortinaissances :

Liens inter-registres à l'aide du nom, du numéro d'identification, de l'adresse, du numéro de téléphone de la mère, etc.



- Observer le processus d'enregistrement des naissances ou des mortinaissances, étape par étape, pour repérer les endroits où nous risquons de ne pas enregistrer un bébé :



Source : Health sector contributions towards improving the civil registration of births and deaths in low-income countries: guidance for health sector managers, civil registrars and development partners.

Références

1. United Nations Inter-agency Group for Child Mortality Estimation (UN IGME). STILLBIRTH AND CHILD MORTALITY ESTIMATES (<https://childmortality.org/>).
2. Christou A, Alam A, Hofiani SMS, Mubasher A, Rasooly MH, Rashidi MK, et al. 'I should have seen her face at least once': parent's and healthcare providers' experiences and practices of care after stillbirth in Kabul province, Afghanistan. *Journal of Perinatology*. 2021;41(9):2182-95.
3. United Nations Inter-agency Group for Child Mortality Estimation (UN IGME). 'A Neglected Tragedy: The global burden of stillbirths', United Nations Children's Fund. New York; 2020.
4. Christou A. 2021. Personal communication.
5. Christou A, Alam A, Hofiani SMS, Rasooly MH, Mubasher A, Rashidi MK, et al. How community and healthcare provider perceptions, practices and experiences influence reporting, disclosure and data collection on stillbirth: Findings of a qualitative study in Afghanistan. *Social Science & Medicine*. 2019;236:112413.
6. Blencowe H, Calvert PC, Lawn JE, Cousens S, Campbell OMR. Measuring maternal, foetal and neonatal mortality: Challenges and solutions. *Best Practice & Research Clinical Obstetrics & Gynaecology*. 2016;36:14-29.
7. Hug L, You D, Blencowe H, Mishra A, Wang Z, Fix MJ, et al. Global, regional, and national estimates and trends in stillbirths from 2000 to 2019: a systematic assessment. *The Lancet*. 2021;398(10302):772-85.
8. Lawn JE, Blencowe H, Waiswa P, Amouzou A, Mathers C, Hogan D, et al. Stillbirths: rates, risk factors, and acceleration towards 2030. *The Lancet*. 2016;387(10018):587-603.
9. Lancet. Mettre fin aux mortinaissances évitables. Sommaire exécutif de la série The Lancet 2016.
10. Pollock DD, Pearson DE, Cooper DM, Ziaian APT, Foord C, Warland APJ. Breaking the silence: Determining Prevalence and Understanding Stillbirth Stigma. *Midwifery*. 2021;93:102884.
11. OMS UNICEF. Chaque nouveau-né : plan d'action pour mettre fin aux décès évitables. Genève ; 2014.
12. Flenady V, Wojcieszek AM, Middleton P, Ellwood D, Erwich JJ, Coory M, et al. Stillbirths: recall to action in high-income countries. *The Lancet*. 2016;387(10019):691-702.
13. Homer CSE, Leisher SH, Aggarwal N, Akuze J, Babona D, Blencowe H, et al. Counting stillbirths and COVID-19 – There has never been a more urgent time. *The Lancet Global Health*. 2021;9(1):e10-e1.
14. Chmielewska B, Barratt I, Townsend R, Kalafat E, van der Meulen J, Guroł-Urganci I, et al. Effects of the COVID-19 pandemic on maternal and perinatal outcomes: a systematic review and meta-analysis. *The Lancet Global health*. 2021;9(6):e759-e72.
15. UNFPA, Confédération internationale des Sages-Femmes, OMS. L'État de la pratique de sage-femme dans le monde 2021. New York : Fonds des Nations Unies pour la population ; 2021.
16. Nove A, Friberg IK, de Bernis L, McConville F, Moran AC, Najjemba M, et al. Potential impact of midwives in preventing and reducing maternal and neonatal mortality and stillbirths: a Lives Saved Tool modelling study. *The Lancet Global health*. 2021;9(1):e24-e32.
17. Ten Hoop-Bender P, Stenberg K, Sweeny K. Reductions in stillbirths 2014; more than a triple return on investment. *The Lancet*. 2016;387(10018):e14-e6.
18. WHO, UNICEF. Health sector contributions towards improving the civil registration of births and deaths in low-income countries: guidance for health sector managers, civil registrars and development partners. Geneva. 2021. License: CC BY-NC-SA 3.0 IGO.

Citation suggérée :

Note technique conjointe et orientations futures sur la situation des mortinaissances à l'intention de la Méditerranée orientale, des États arabes, du Moyen-Orient et de l'Afrique du Nord. Amman/Le Caire : Bureau de l'OMS pour la Région de la Méditerranée orientale, Bureau régional du Fonds des Nations Unies pour la population pour les États arabes, Bureau régional de l'UNICEF pour le Moyen-Orient et l'Afrique du Nord, 2021.



pour chaque enfant

