

Recenser 2 millions de mortinaissances : Saisir les occasions manquées en matière d'impact et d'investissement

29 juillet 2021





GLOBAL
FINANCING
FACILITY

MORTINAISSANCES: *Informations factices & faits*



Professeur Joy Lawn,
*Professeur, Epidémiologie de la santé maternelle,
reproductive et infantile*
Directrice, MARCH Center, London School of Hygiene
and Tropical Medicine
@joylawn

29 juillet 2021



MORTINAISSANCES: Informations factices & faits

Séminaire en ligne du GFF sur le nombre de
mortinaissances

Professor Joy Lawn BM BS, MPH, PhD, FRCPC FMedci
London School of Hygiene and Tropical Medicine

Avec Dr Hannah Blencowe

LONDON
SCHOOL OF
HYGIENE
& TROPICAL
MEDICINE



MARCH
MATERNAL
ADOLESCENT
REPRODUCTIVE
& CHILD HEALTH

@MARCH_LSHTM | march.lshtm.ac.uk

@joylawn

#EveryNewborn

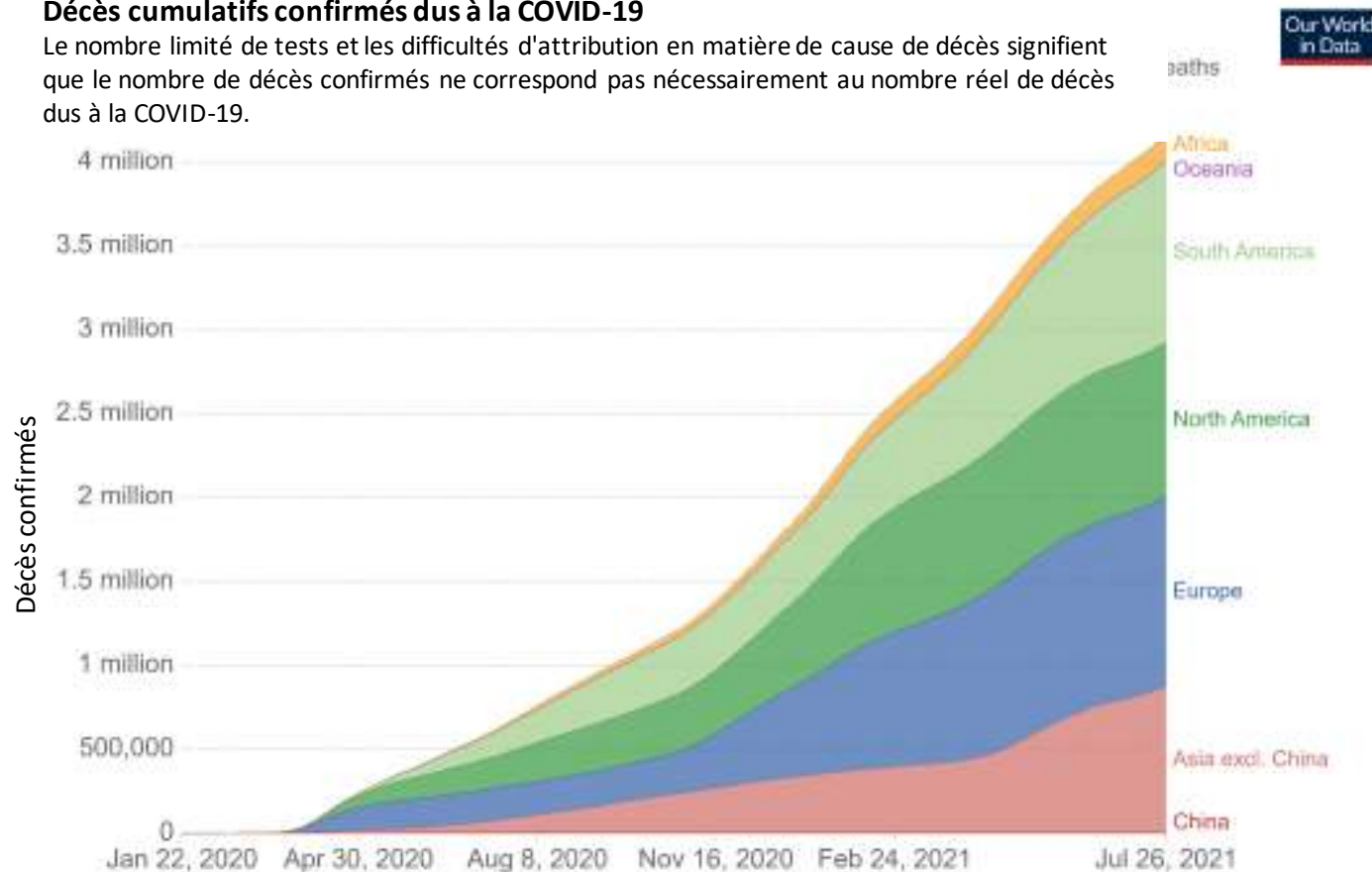


17 mois de pandémie de la COVID-19

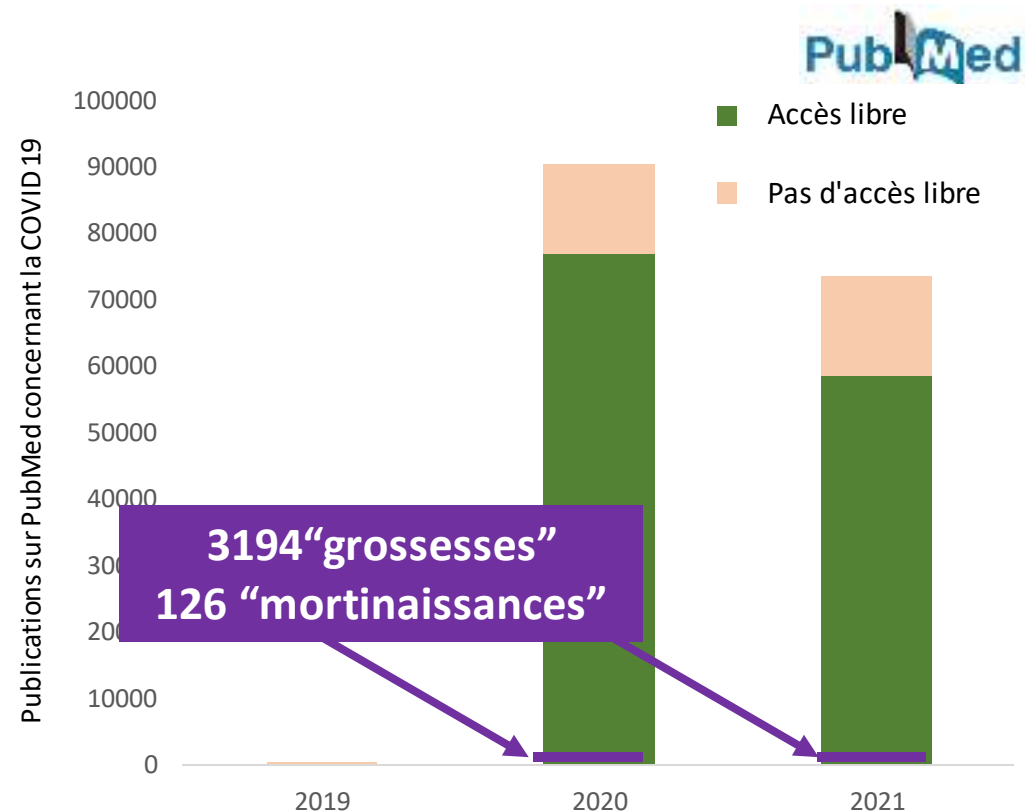
Maladie + décès

Décès cumulatifs confirmés dus à la COVID-19

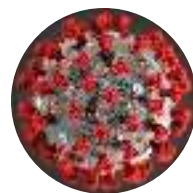
Le nombre limité de tests et les difficultés d'attribution en matière de cause de décès signifient que le nombre de décès confirmés ne correspond pas nécessairement au nombre réel de décès dus à la COVID-19.



Données + science



>193,3 millions de cas confirmés
>4,14 millions de décès connus



>157,600 publications,
77% en accès libre (4% en 2019)
>100 vaccins développés/en cours de développement

9 ans pour atteindre les Objectifs de développement durable ...



Aucune femme ne devrait mourir en donnant la vie

0,3 million de décès



Pas de bébé mort-né

>2 millions de décès



Aucun nouveau-né n'est né pour mourir

2 millions de décès



Chaque enfant survit et prospère jusqu'à l'âge de 20 ans

5,1 millions de décès

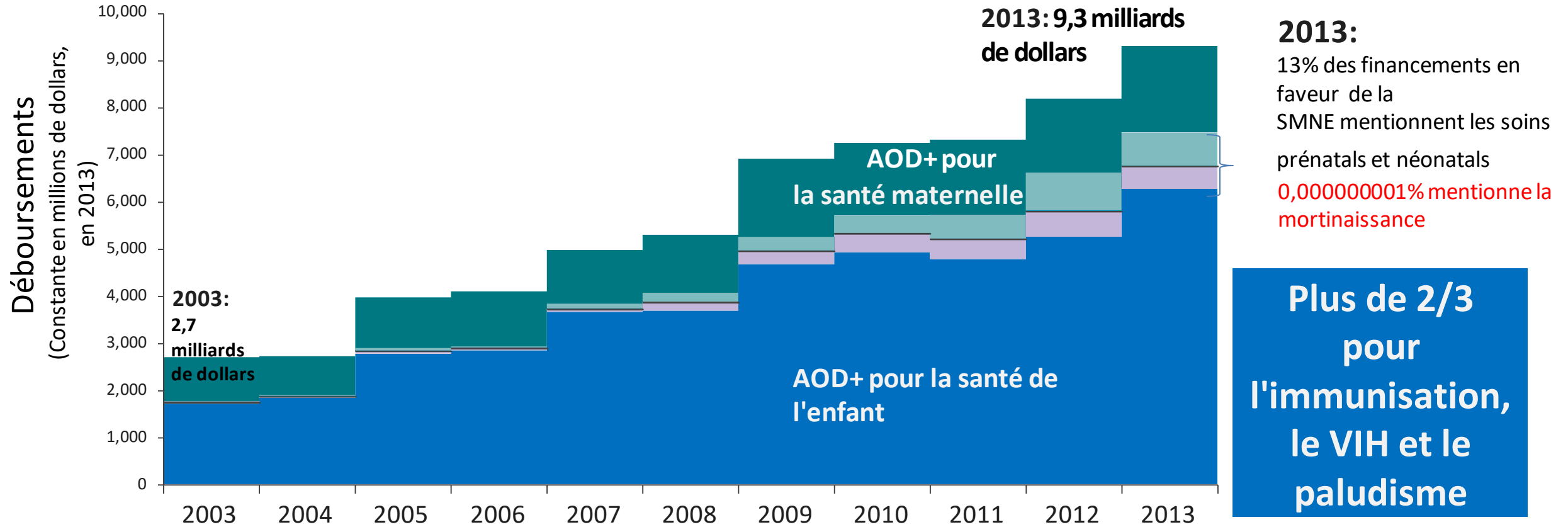
TEMPS : > 50% lié à la naissance, progression plus lente

LIEU : L'Afrique représente 13% de la population mondiale, mais d'ici 2030, il est estimé que >66% des décès se produiront en Afrique

~10 millions de décès de femmes et d'enfants par an, progrès menacés par la pandémie

Les données influencent-elles le financement des bailleurs de fonds?

Suivi du financement en faveur de la SRMNE par le Compte à rebours pour l'agenda 2030 (le financement national est plus important, mais il est aussi plus difficile à suivre).



Pitt C, et al. *Compte à rebours pour l'Agenda 2015 : une analyse du financement des bailleurs de fonds pour la santé prénatale et néonatale, 2003-2013*. BMJ Global Health 2017 (*Countdown to 2015: an analysis of donor funding for prenatal and neonatal health, 2003-2013*. BMJ Global Health 2017)

Malgré près de 300 millions de mortinaissances en 10 ans (2003-2013), les mots "mortinaissance", "fausse couche", "foetus" ne sont apparus que 9 fois sur >2 millions de déboursments provenant des bailleurs de fonds[...].
De nouvelles analyses sur la mortinaissance et le nouveau-né sont en cours dans les dossiers d'investissement du GFF.

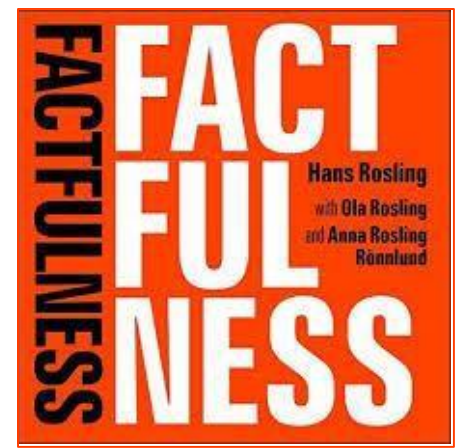


Article

Talk

Fake news

From Wikipedia, the free encyclopedia



Informations factices = désinformation délibérée ou canulars diffusés par les médias d'information ou les médias sociaux en ligne.

Les informations factices sont publiées dans l'intention de tromper et nuire à une agence, une entité ou une personne, et/ou de réaliser des gains financiers ou politiques, souvent à l'aide de titres sensationnalistes, malhonnêtes ou purement et simplement fabriqués.

Les informations factices diffèrent de la satire ou de la parodie, qui visent à amuser et non à tromper.

La science évolue et les "faits" que vous avez appris auparavant pourraient maintenant s'avérer inexacts. Ce qui est décisif c'est la réflexion critique et la vérification des faits.

Informations factices: Mortinaissances

4

FAITS sur
les mortinaissances

- 1 Les femmes oublient qu'elles ont eu un enfant mort-né
- 2 Aucun objectif pour les mortinaissances, les pays ne sont pas intéressés
- 3 Non évitable, "censé arriver"
- 4 Définitions imprécises, absence de données, toutes basées sur des "estimations", non traçables

1

Les mortinaissances comptent pour les femmes

THE LANCET

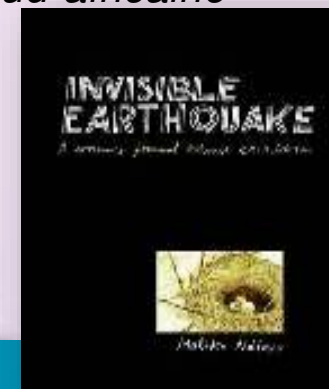
FAITS sur
la mortinais-
sance

THE LANCET

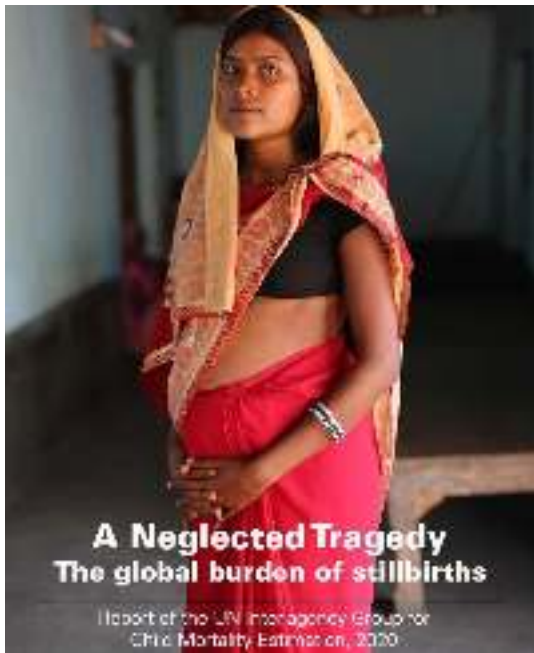
"Pas de battement du cœur foetal. Ces quelques mots ont marqué le début d'un périple surréaliste...la provocation du travail et finalement de la mortinaissance de ma fille... Pendant des semaines, j'ai passé mes journées à essayer de maintenir ma tête hors d'un océan de chagrin.

Je voulais simplement arrêter de respirer, je voulais que le temps cesse de me faire avancer..."

Malika Ndlovu, artiste sud-africaine



Une tragédie négligée : Charge mondiale des mortinaissances, octobre 2020



Inutile
Invisible
Non-reconnue
Sous-priorisée
Sous-financée

Tabou

Stigma

Idée fausse

 IGME

 unicef

 World Health Organization

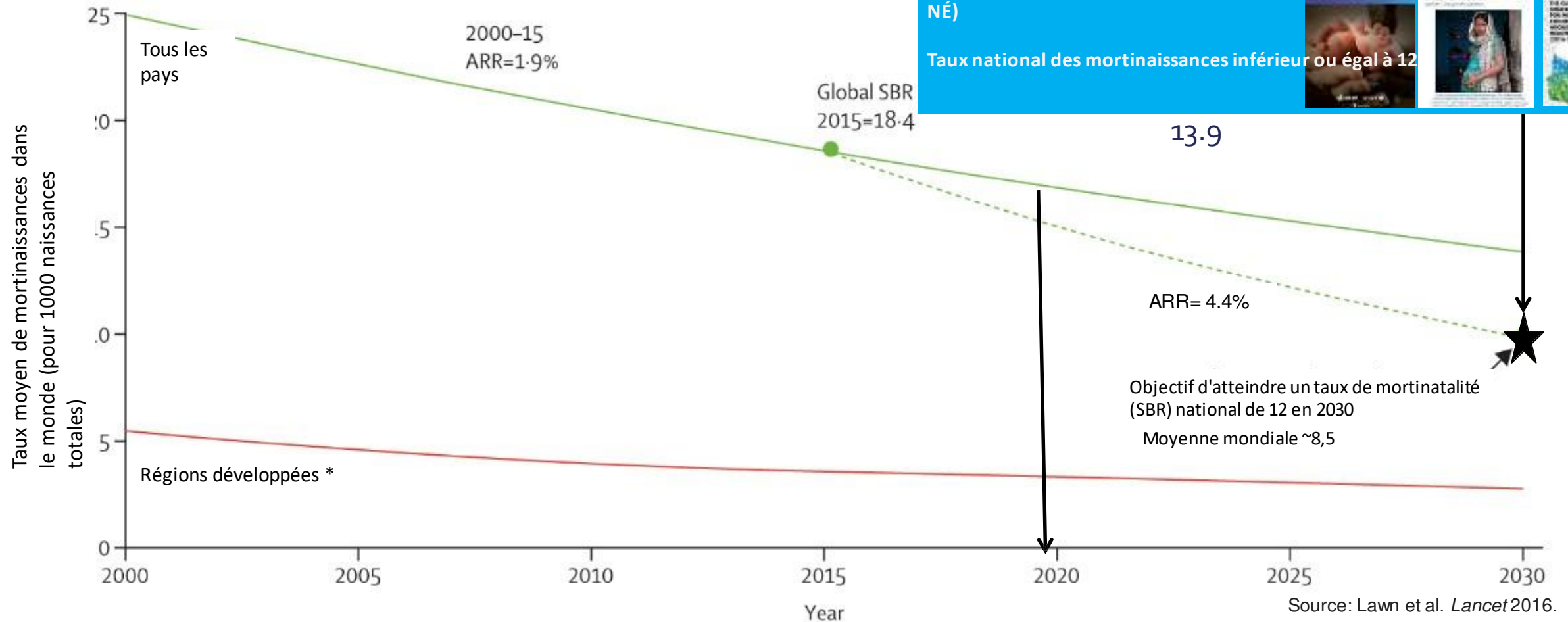
 WORLD BANK GROUP

 United Nations

Stratégie mondiale et plan d'action "EVERY NEWBORN" (ENAP)

OBJECTIF "EVERY NEWBORN" D'ICI 2030 (CHAQUE NOU
NÉ)

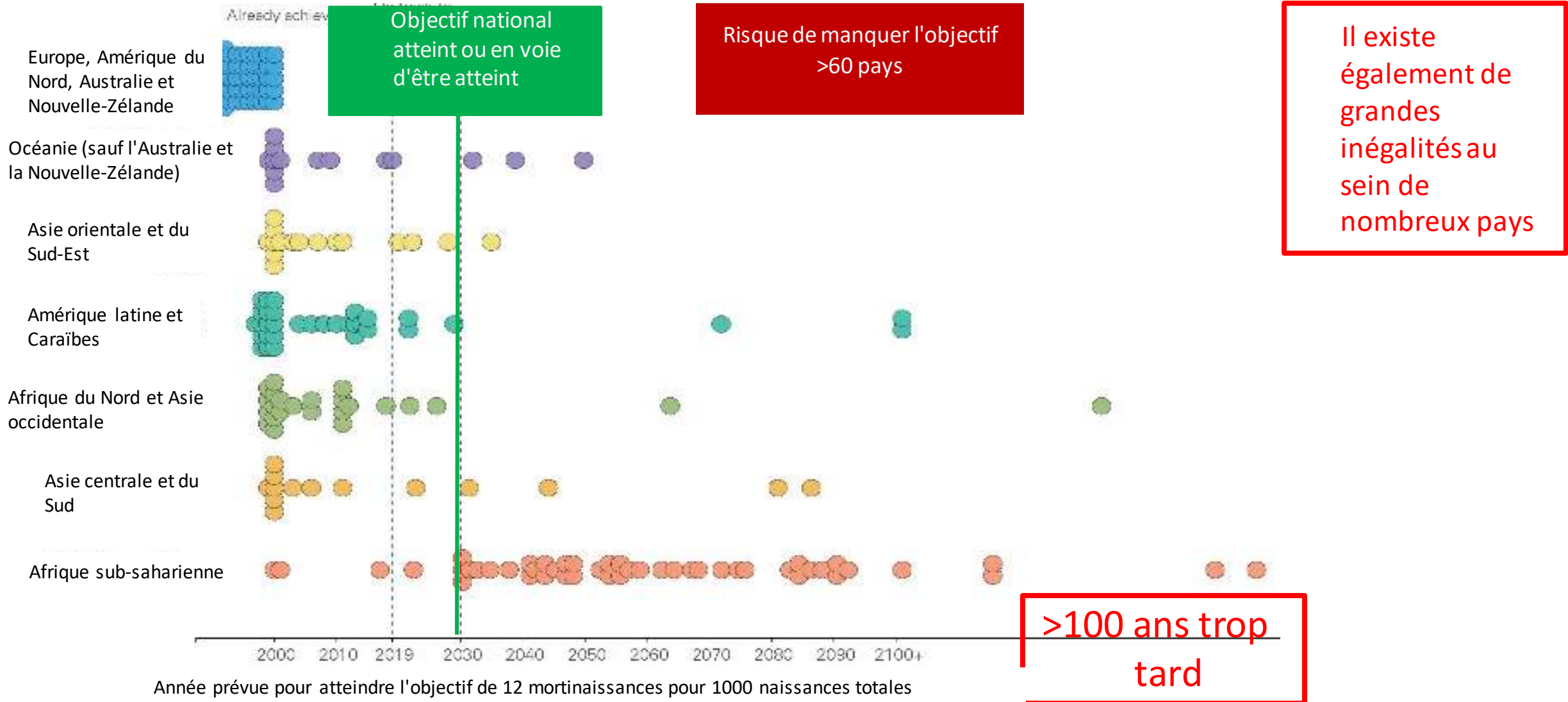
Taux national des mortinaissances inférieur ou égal à 12



Il faut au moins doubler le taux de progression annuel moyen...

Jusqu'à présent, 30/93 pays fortement touchés ont fixé des objectifs en matière de mortinaissances (78/93 pour les nouveau-nés).

Projections: Année pour atteindre l'objectif relatif aux mortinaissances de l'ENAP si les tendances actuelles se maintiennent.



La plupart des mortinaissances sont évitables



Les estimations sont entravées par >35 systèmes différents de classification. Les "cinq principales" causes :

1. Complications liées à l'accouchement (>1 million)
2. Infections maternelles pendant la grossesse, par exemple syphilis, paludisme, streptocoque du groupe B.
3. Maladies chroniques de la mère, par exemple hypertension et diabète
4. Retard de croissance du fœtus
5. (Quelques) anomalies congénitales

Source: Lawn JE, Blencowe H, Pattinson R, et al, Stillbirths: Where? When? Why? How to make the data count? *Lancet* 2011.

Données provenant des audits de mortalité périnatale des pays à revenu élevé:

Soins sous-optimaux contribuent à environ 30% des mortinaissances

Mortinaissances inexpliquées sont souvent dues à une mauvaise investigation

Majorité des mortinaissances peuvent être évitées DÈS MAINTENANT

Couverture universelle des soins de haute qualité, y compris

SOINS PRÉNATALS

- Détection et gestion des affections maternelles pendant la grossesse, comme par ex., les infections (notamment la syphilis et le paludisme), l'hypertension, le diabète, etc.
- Détection et gestion du retard de croissance fœtale

SOINS À LA NAISSANCE

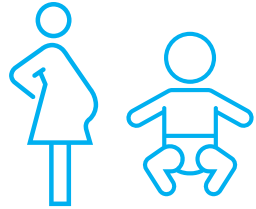
- Surveillance et réponse fœtales
- Déclenchement du travail pour les grossesses > 41 semaines

SOINS PRÉ et INTER-CONCEPTION

- Planification familiale
- Supplément d'acide folique



Les mortinaissances représentent un indicateur de résultats sensible et mesurable en matière d'équité, de qualité de soins et de perturbations dues à la pandémie de la COVID-19



Méta-analyses : Augmentation de 28 % du risque de mortinaissance 1.28 (1.07–1.54)

B Chmielewska, et al Lancet GH 2021, Effets de la pandémie de la COVID-19 sur les résultats maternels et périnataux : une revue systématique et une méta-analyse. (Effects of the COVID-19 pandemic on maternal and perinatal outcomes: a systematic review and meta-analysis)



200 000 bébés en plus risquent d'être mort-nés en 2020 en raison des perturbations dans les services de santé (environ 50 % de fermetures), dans 117 pays à revenu intermédiaire de la tranche inférieure (**PRI TI**).

(Analyse de l'outil Lives Saved).

2 millions de mortinaissances chaque année, la pandémie risque d'aggraver le bilan

Selon les toutes premières estimations mondiales de l'Organisation mondiale de la santé et de ses partenaires, il y a environ 2 millions de mortinaissances chaque année.

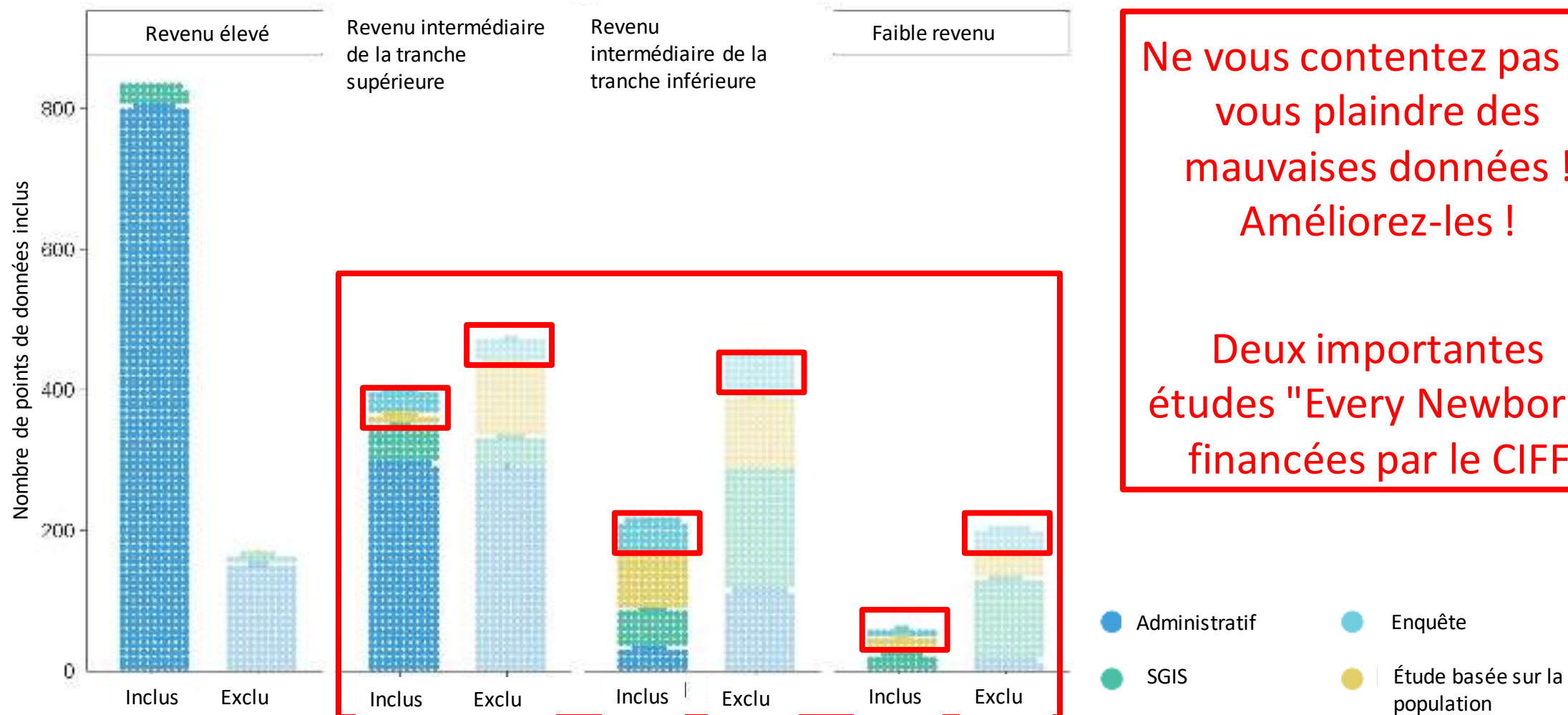
Définition claire et données disponibles dès maintenant

- La définition de l'OMS une comparaison au niveau international **est claire** :
Bébé né sans signe de vie et dont l'âge gestationnel est >28 semaines (poids de naissance >1000g).
Chaque pays doit également faire le suivi de tous les décès fœtaux à partir de >22 semaines de gestation (poids de naissance >500g).
- Les données sur les taux de mortinatalité sont disponibles dans la plupart des pays.
 - NOUVELLES! L'OMS et l'UNICEF travaillent avec plus de 100 pays pour déclarer systématiquement les données sur les mortinaissances de façon annuelle, et l'IGME de l'ONU effectuent des estimations des taux de mortinatalité à peu près tous les deux ans.
 - La disponibilité des données a plus que doublé par rapport à nos premières estimations pour l'OMS en 2011.
 - Pour les estimations de 2019, plus de 132 pays sur 195 disposent de données sur les mortinaissances.
 - Pays à revenu élevé - 87% disposent de données nationales, principalement issues des CRVS.
 - PRI TI - ~deux tiers disposent de données nationales
 - beaucoup dépendent encore des enquêtes
 - possibilité d'utiliser le SGIS, en particulier lorsque le taux de natalité dans les établissements nationaux est supérieur à 80 %

Définition claire - problème est l'application, la grande variabilité des revenus
La quantité de données est élevée et croissante, la qualité des données doit être améliorée.

Données permettant d'estimer le taux de mortalité

Un grand nombre de données provenant des PRI TI n'ont pas satisfait aux critères d'inclusion - ceci PEUT et DOIT être amélioré !



EVERY NEWBORN ÉTUDE DÉTAILLÉE



Mesure améliorée du taux de
mortalité dans les
enquêtes axées sur les
ménages



#everynewborn #endstillbirths



CHILDREN'S
INVESTMENT FUND
FOUNDATION

Mesure du taux de mortinatalité dans les enquêtes



- Une comparaison randomisée de 5 pays a montré que l'historique complet de la grossesse (FPH) pourrait permettre de mieux saisir les taux de mortinatalité (TMN 21% plus élevé dans FPH vs FBH+).
- Le questionnaire standard de l'EDS-8 en 2020 a remplacé le FBH+ par le FPH. Akuze et al, Lancet GH, 2020

Mesure des soins liés aux mortinaissances

- Les femmes ayant donné naissance à un enfant mort-né étaient précédemment exclues des questions de l'enquête sur les soins de maternité - l'étude INDEPTH a néanmoins révélé que les femmes déclarent ce type de soins.
- L'EDS-8 a supprimé les anciennes fonctions de renvoi - les femmes touchées par la mortinaissance ont été incluses.
- Les cartes de santé ont le potentiel d'améliorer les données de l'enquête, par exemple le poids de naissance et l'AG, mais elles doivent être renseignées, lisibles et disponibles au moment de l'enquête.
- Blencowe et al: Capture et classification des résultats des mortinaissances dans les enquêtes de population (Stillbirth outcome capture and classification in population-based surveys.)
- Di Stefano et al: Mesure des soins de maternité liés aux mortinaissances et facteurs associés dans les enquêtes de population. (Stillbirth maternity care measurement and associated factors in population-based surveys.)

Utilisation dans les enquêtes actuellement : Nécessité de traiter les obstacles entravant les déclarations, , surtout si cela implique un risque de stigmatisation

Fausse couche ou interruption volontaire de grossesse > Mortinaissance > Décès néonataux > Décès d'enfants

#EN_INDEPTH TEAM

**12 articles dans le portail du BMC avec 79 auteurs !
Notamment un article sur l'enregistrement des
naissances et les actes de mortinaissance et de décès
néonatal.
Les principaux résultats sont également publiés dans
le Lancet GH**

Films et résumés disponibles sur <https://www.lshtm.ac.uk/research/centres/march-centre/en-indepth>

#EN-INDEPTH
#everynewborn #endstillbirths



Financé par

Population
Health Metrics

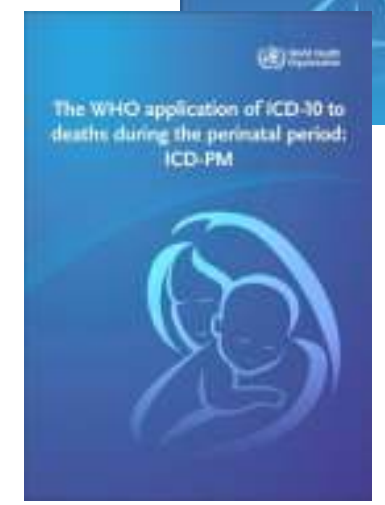


Données permettant de déduire la cause de la mortinaissance

- **Enregistrement et statistiques de l'état civil (CRVS)** : à partir du certificat médical sur les causes de décès (la version 2016 contient les mortinaissances et les décès néonataux)
 - Nouvelles directives de l'ONU sur la procédure à suivre - les pays qui améliorent le processus d'enregistrement des naissances peuvent également améliorer l'enregistrement des décès pour les mortinaissances et les décès néonataux.
- **Audit/examen périnatal** : rôle important au niveau local et pour l'amélioration de la qualité.
- **ICD-PM (2016)** : système de classification permettant de classer les décès - en fonction de la date. Des révisions sont néanmoins prévues pour la cause foetale ou néonatale de décès et/ou les conditions maternelles contribuanes.
- **Autopsie verbale** : généralement utilisée dans les enquêtes pour déterminer la cause probable du décès, mais de nombreux outils omettent la mortinaissance et la classification IP/AP est peu précise.



UNEP/WHO/FAO/UNICEF
STANDARDIZED CERTIFICATE OF DEATH
1. DECEASED PERSON'S NAME: _____
2. SEX: _____
3. AGE: _____
4. DATE OF BIRTH: _____
5. PLACE OF BIRTH: _____
6. DATE OF DEATH: _____
7. PLACE OF DEATH: _____
8. CAUSE OF DEATH: _____
9. PLACE OF BURIAL: _____
10. SIGNATURE OF REGISTRAR: _____
11. SIGNATURE OF MEDICAL OFFICER: _____
12. SIGNATURE OF WITNESSES: _____
13. SIGNATURE OF DECEASED PERSON'S NEAREST RELATIVE: _____
14. SIGNATURE OF DECEASED PERSON'S NEAREST RELATIVE: _____
15. SIGNATURE OF DECEASED PERSON'S NEAREST RELATIVE: _____
16. SIGNATURE OF DECEASED PERSON'S NEAREST RELATIVE: _____
17. SIGNATURE OF DECEASED PERSON'S NEAREST RELATIVE: _____
18. SIGNATURE OF DECEASED PERSON'S NEAREST RELATIVE: _____
19. SIGNATURE OF DECEASED PERSON'S NEAREST RELATIVE: _____
20. SIGNATURE OF DECEASED PERSON'S NEAREST RELATIVE: _____



Actions!



**Notre génération a le
potentiel de
transformer la santé de
la prochaine génération
Pourrions-nous y arriver
?**

@joylawn

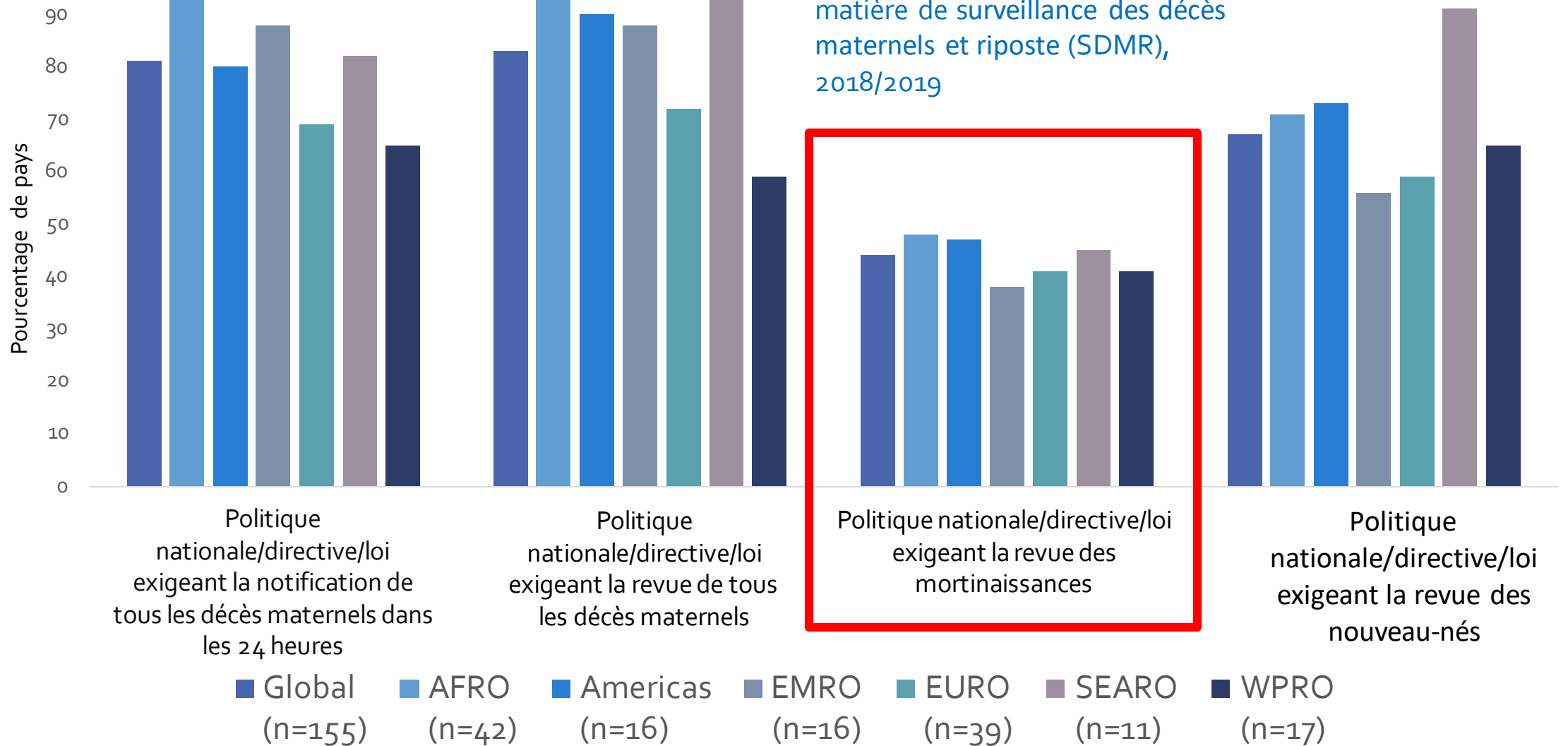
Faits concrets sur les mortinaissances

1. Les mortinaissances comptent pour les familles et la société
2. L'objectif 2030 est **URGENT** ! 9 ans pour atteindre l'objectif de 12 établis en matière de taux de mortinatalité. Les progrès doivent être intensifiés.
3. Les mortinaissances peuvent être évitées, notamment grâce à des soins prénatals et intra-partum de haute qualité (retour sur investissement important).
4. Les mortinaissances peuvent être dénombrées
 - Enquêtes
 - CRVS
 - Données de routine

Améliorer et utiliser les données, notamment dans les dossiers d'investissement du GFF.

Audit/revue des mortinaissances : Retard par rapport aux décès maternels et néonataux

Politiques et directives nationales en matière de surveillance des décès maternels et riposte (SDMR), 2018/2019



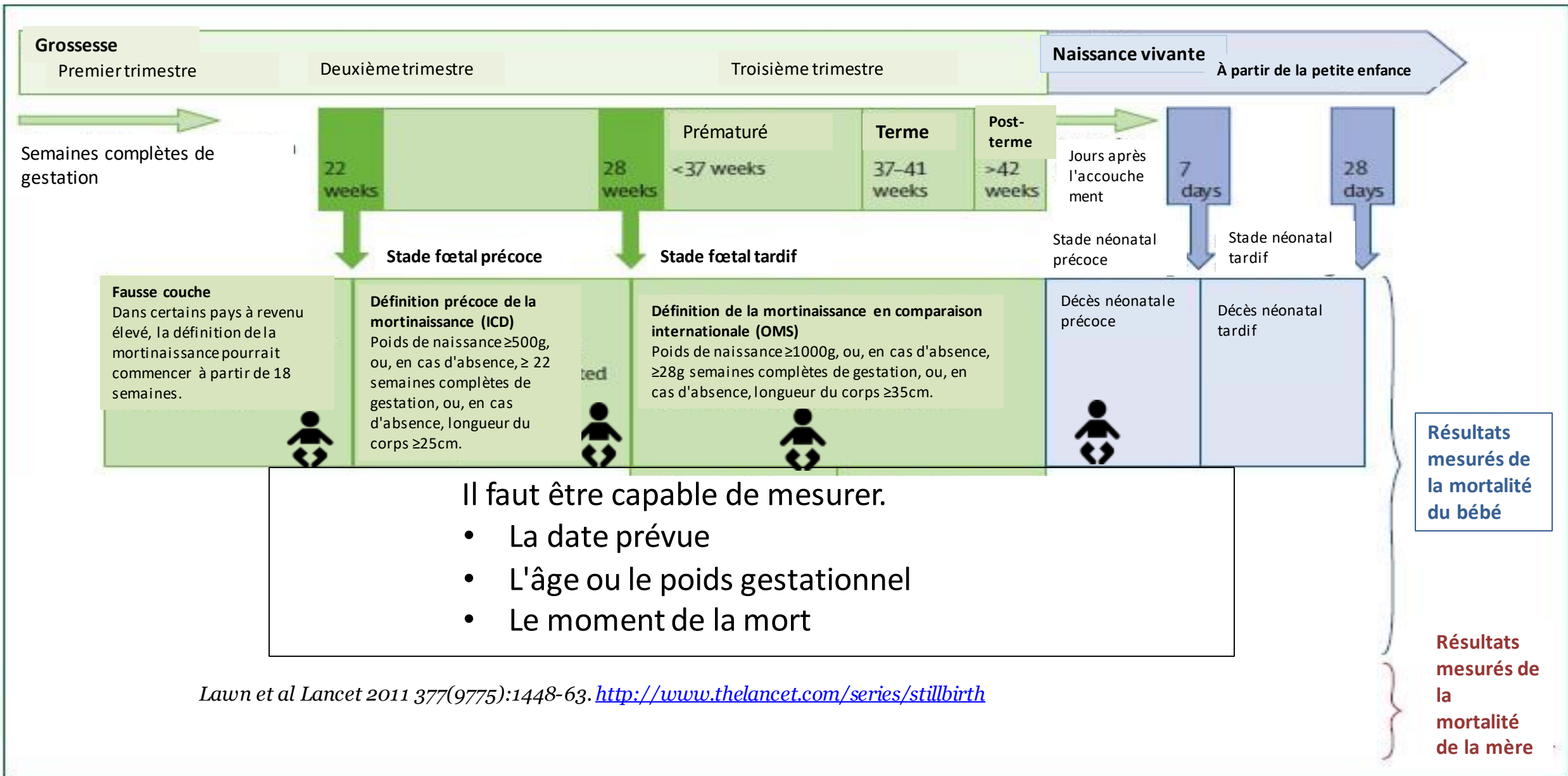


Figure 1 : définition des mortinaissances et des résultats de grossesse associés pour la comparaison internationale
 Définitions de la CIM, dixième révision, CIM - Classification internationale des maladies.



GLOBAL
FINANCING
FACILITY

EVERY NEWBORN

Étude sur les naissances



Dr Louise-Tina Day
*Directrice de recherche, EN-BIRTH, London
School of Hygiene and Tropical Medicine*
@LouiseTinaDay

29 juillet 2021



#EN_BIRTH

#everynewborn

#endstillbirths

EVERY NEWBORN

ÉTUDE SUR LES NAISSANCES

Résumé des résultats pour les données sur les mortinaissances

Présentatrice: **Louise Tina Day** LSHTM au nom du groupe d'étude EN-BIRTH, Kimberly Peven auteure principale de l'article sur les mortinaissances.

Équipe EN-BIRTH

Responsables et organisations des équipes nationales

Bangladesh:

Dr Shams El Arifeen (icddr,b)

Népal:

Dr Ashish KC,

(Université d'Uppsala, avec le partenaire de mise en œuvre, Golden Community)

Tanzanie:

Dr Honorati Masanja et le feu Dr Mbaruku Godfrey.

(Ifakara Health Institute)

École d'hygiène et de médecine tropicale de Londres (LSHTM):
Joy E. Lawn

Groupe d'étude EN-BIRTH

Bangladesh: Qazi Sadeq-ur Rahman, Ahmed Ehsanur Rahman, Tazeen Tahsina, Sojib Bin Zaman, Shafiqul Ameen, Tanvir Hossain, Abu Bakkar Siddique, Aniqat Tasnim Hossain, Tapas Mazumder, Jasmin Khan, Md. Taqbir Us Samad Talha, Rajib Haider, Md. Hafizur Rahman, Anisuddin Ahmed, Shams El Arifeen.

Népal: Omkar Basnet, Avinash K Sunny, Nishant Thakur, Rejina Gurung, Anjani Kumar Jha, Bijay Jha, Ram Chandra Bastola, Rajendra Paudel, Asmita Paudel, Ashish KC.

Tanzanie: Nahya Salim, Donat Shamba, Josephine Shabani, Kizito Shirima, Menna Narcis Tarimo, Godfrey Mbaruku (deceased), Honorati Masanja.

LSHTM: Louise T Day, Harriet Ruysen, Kimberly Peven, Vladimir S Gordeev, Georgia R Gore-Langton, Dorothy Boggs, Stefanie Kong, Angela Baschieri, Simon Cousens, Joy E Lawn.

Groupe collaboratif de validation EN-BIRTH:

Bangladesh: Md. Ayub Ali, Bilkish Biswas, Rajib Haider, Md. Abu Hasanuzzaman, Md. Amir Hossain, Ishrat Jahan, Rowshan Hosne Jahan, Jasmin Khan, M A Mannan, Tapas Mazumder, Md. Hafizur Rahman, Md. Ziaul Haque Shaikh, Aysha Siddika, Taslima Akter Sumi, Md. Taqbir Us Samad Talha

Tanzanie: Evelyne Assenga, Claudia Hanson, Edward Kija, Rodrick Kisenge, Karim Manji, Fatuma Manzi, Namala Mkopi, Mwifadhi Mrisho, Andrea Pembe

Népal: Jagat Jeevan Ghimire, Regina Gurung, Elisha Joshi, Avinash K Sunny, Naresh P. KC, Nisha Rana, Shree Krishna Shrestha, Dela Singh, Parashu Ram Shrestha, Nishant Thakur,

LSHTM: Hannah Blencowe, Sarah G Moxon

Groupe consultatif d'experts EN-BIRTH :

Agbessi Amouzou, Tariq Azim, Debra Jackson, Theopista John Kabutani, Matthews Mathai, Jean-Pierre Monet, Allisyn Moran, Pavani Ram, Barbara Rawlins, Jennifer Requejo, Johan Ivar Sæbø, Florina Serbanescu, Lara Vaz

Groupes consultatifs nationaux :

Bangladesh: Mohammad Shahidullah, Khaleda Islam, Md Jahurul Islam.

Népal: Naresh P KC, Parashu Ram Shrestha.

Tanzanie: Muhammad Kambi, Georgina Msemu, Asia Hussein, Talhiya Yahya, Claud Kumalija, Eliudi Eliakimu, Mary Azayo, Mary Drake, Honest Kimaro.

Enfin, et plus particulièrement, nous remercions les femmes, leurs familles, les agents de santé et les agents de collecte de données.





Étude EN-BIRTH

1. Pourquoi?
2. Qu'est-ce qui a été fait?
3. Quelles ont été les conclusions?
4. Quelle sera la prochaine étape en matière de mesure et de recherche?





Étude EN-BIRTH

1. Pourquoi?
2. Qu'est-ce qui a été fait?
3. Quelles ont été les conclusions ?
4. Quelle sera la prochaine étape en matière de mesure et de recherche?



Plan d'action "Every Newborn"



Mettre fin aux décès évitables pour 2, 4 millions de nouveau-nés et >2 millions de mortinaissances chaque année

Objectif stratégique 5:

Compter chaque nouveau-né grâce à des mesures, au suivi des programmes et à la redevabilité.

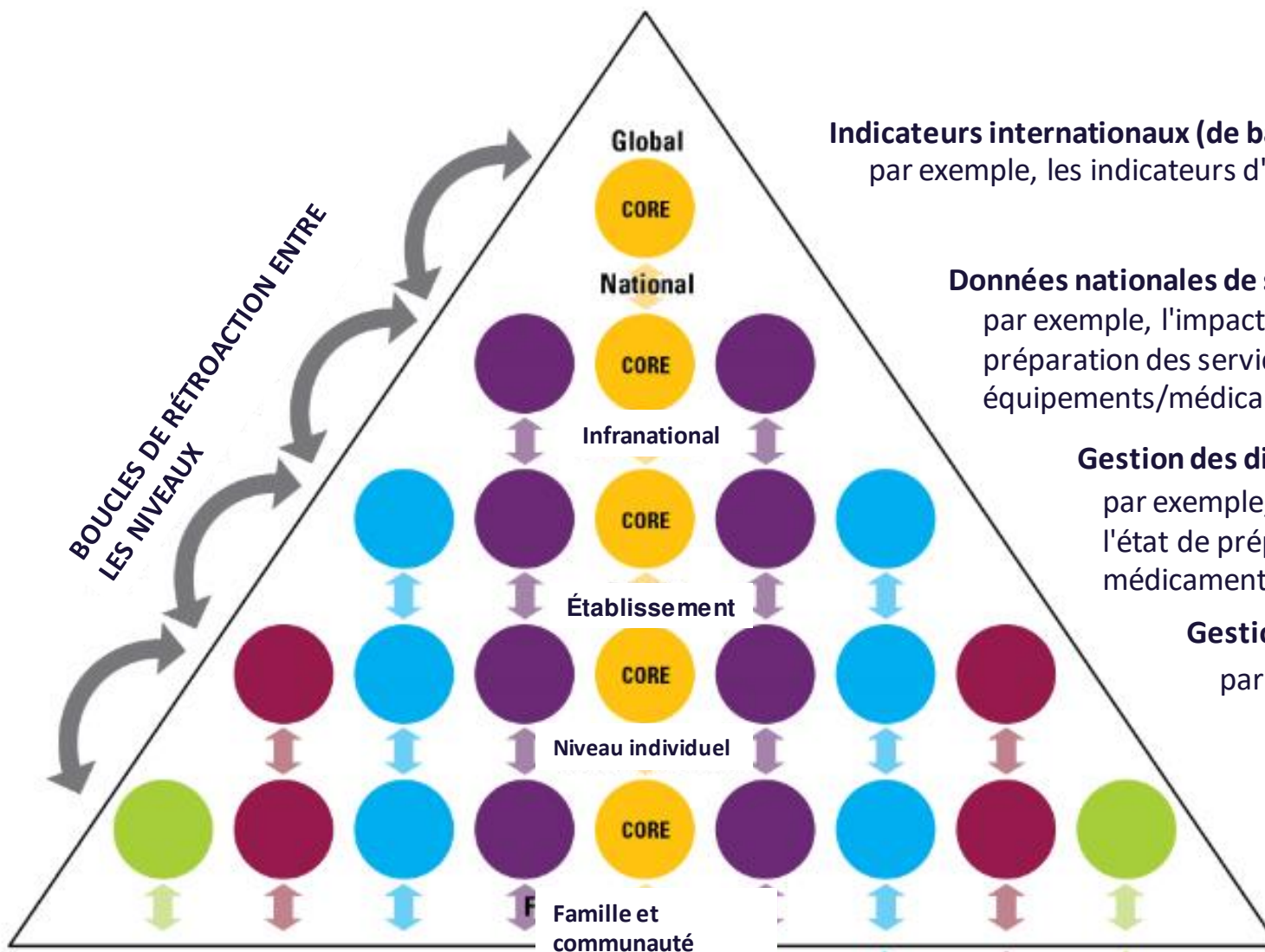
Feuille de route ambitieuse de l'OMS pour l'amélioration des mesures (2015-2020), fondée sur des données probantes pour certains écarts prioritaires.....

- Améliorer les *indicateurs de mesure* au niveau national et mondial
- Promouvoir le changement vers les objectifs des Objectifs de développement durable
- Mettre une attention particulière sur la mesure de la qualité des soins autour de la naissance
- Relier intentionnellement les soins maternels et néonataux, *y compris les mortinaissances.*





Indicateurs de base



Indicateurs internationaux (de base) pour le suivi des ODD et de la CSU
par exemple, les indicateurs d'impact, de couverture

Données nationales de suivi

par exemple, l'impact, la couverture, les indicateurs d'état de préparation des services, les ressources humaines, les équipements/médicaments.

Gestion des districts

par exemple, la couverture, des indicateurs plus détaillés sur l'état de préparation des services, l'équipement/les médicaments.

Gestion des établissements

par exemple, pour l'amélioration de la qualité

Données sur les soins aux clients individuels

par exemple, les détails de la décision clinique, l'expérience du client en matière de soins



Qu'est-ce qui était déjà connu ?

MESURE

- Dans les pays à revenu faible ou intermédiaire, les données agrégées des registres de routine constituent la source habituelle des systèmes de gestion de l'information sanitaire.
- Le manque de confiance dans la qualité des données des registres entrave leur utilisation.

Les données du registre des salles d'accouchement pourraient permettre de combler la lacune en matière de données quant à l'heure de naissance.



Étude EN-BIRTH

“Every Newborn Birth Indicators Research Tracking in Hospitals”

“Every Newborn” - Recherche d'indicateurs de naissance pour le suivi dans les hôpitaux

L'objectif est d'évaluer la validité de la mesure de certains indicateurs de santé néonatale et maternelle dans les hôpitaux, pour permettre l'établissement de priorités et la sélection des indicateurs à utiliser dans les systèmes d'information sanitaire de routine et les enquêtes auprès de la population, pour le suivi au niveau national et mondial



Étude EN-BIRTH

1. Pourquoi?
2. Qu'est-ce qui a été fait?
3. Quelles ont été les conclusions ?
4. Quelle sera la prochaine étape en matière de mesure et de recherche?



EN-BIRTH = Every Newborn-Birth Indicators Research for Tracking in Hospitals

("Every Newborn" - Recherche d'indicateurs de naissance pour le suivi dans les hôpitaux)

Pour mesurer la validité des indicateurs de couverture des soins à fort impact pour chaque mère et chaque nouveau-né.

OÙ ?

Bangladesh – Sites icddr,b dans le district de Kushtia et Dhaka

Tanzanie – Ifakara Health Institute, sites à Muhimbili et Temeke

Népal – UNICEF/Golden Community à Pokhara



Total de ~20,000 births



CIFF

CHILDREN'S
INVESTMENT FUND
FOUNDATION



Objectifs EN-BIRTH

1 NUMÉRATEUR

Pour déterminer la validité des interventions sélectionnées au niveau des établissements pour les mères et les nouveau-nés (numérateur) en termes de précision, pour l'inscription des données de registre de routine et pour le rapport des femmes dans l'enquête maternelle.

2 DÉNOMINATEURS

Pour comparer différentes options de dénominateur pour chacune des interventions.

3 CONTENU ET QUALITÉ DES SOINS

Pour évaluer les questions prioritaires pour chaque intervention, en ce qui concerne la couverture.

4 OBSTACLES ET CATALYSEURS

Pour évaluer les obstacles et les catalyseurs de la documentation de routine du registre.

Une science rigoureuse pour valider, et non pas simplement l'ajout de multiples nouveaux indicateurs.
En se fixant sur la finalité, mettre en priorité l'utilisation dans le SGIS et les systèmes numériques tels que le DHIS2.



Bangladesh



Application pour tablette EN-BIRTH

Personnalisée, basée sur Android

Entrées horodatées





Tanzania



Travail qualitatif - obstacles et catalyseurs de l'inscription systématique des données de registre.

Responsable des soins de technique "mère kangourou" (Kangaroo Mother Care)



IFAKARA
HEALTH
INSTITUTE





Objectifs EN-BIRTH

1 NUMÉRATEUR

Pour déterminer la validité des interventions sélectionnées au niveau des établissements pour les mères et les nouveau-nés (numérateur) en termes de précision, pour l'inscription des données de registre de routine et pour le rapport des femmes dans l'enquête maternelle.

2 DÉNOMINATEURS

Pour comparer différentes options de dénominateur pour chacune des interventions.

3 CONTENU ET QUALITÉ DES SOINS

Pour évaluer les questions prioritaires pour chaque intervention en ce qui concerne la couverture

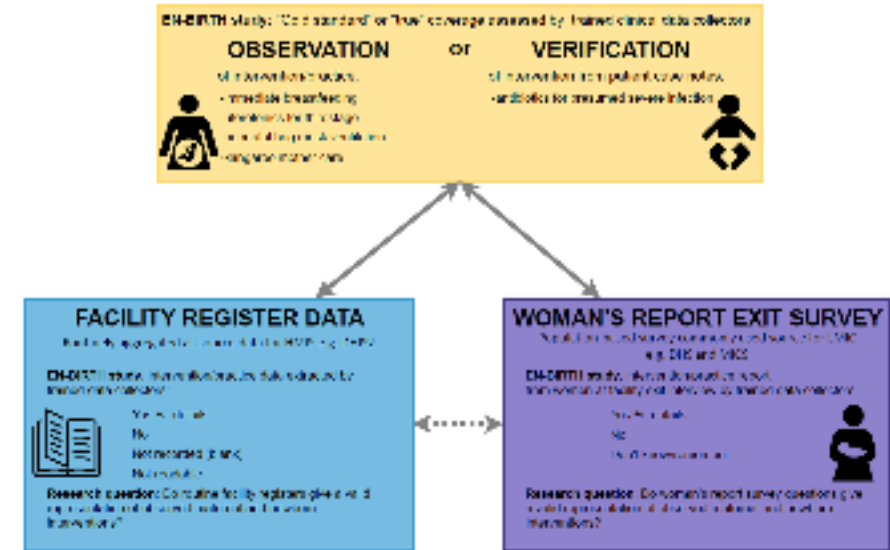
4 OBSTACLES ET CATALYSEURS

Pour évaluer les obstacles et les catalyseurs de la documentation de routine du registre.

Une science rigoureuse pour valider, et non pas simplement l'ajout de multiples nouveaux indicateurs.
En se fixant sur la finalité, mettre en priorité l'utilisation dans le SGIS et les systèmes numériques tels que le DHIS2.



Qu'est-ce qui a été fait ?





Étude EN-BIRTH

1. Pourquoi?
2. Qu'est-ce qui a été fait?
3. Quelles ont été les conclusions ?
4. Quelle sera la prochaine étape en matière de mesure et de recherche?





Every Newborn - BIRTH



About EN-BIRTH

The Every Newborn Action Plan

Each year,

- 2.5 million newborns die in first 28 days accounting for 47% of under-5 child deaths.
- More than 2 million are stillborn, 50% during labour.

99% of these deaths happen in low & middle income countries, especially for the poorest families, are preventable.

In response to this, the Every Newborn Action Plan was developed with the aim to end preventable setting the first ever national mortality targets:

- ≤ 12 neonatal deaths per 1000 live births
- ≤ 12 stillbirths per 1000 total births

EN-BIRTH

EN-BIRTH study involved observing >23,000 births using an innovative tablet-based system to valid from routine facility registers and women's survey report.

The study was conducted in five hospitals in Bangladesh, Nepal and Tanzania, coordinated by a tea and funded by the Children's Investment Fund Foundation (CIFF).

EN-BIRTH key links

Study protocol



Baseline analysis



Lancet GH paper



BMC supplement papers



Meet the teams involved

At the end of the study, we asked all teams to reflect on highlights, collaborative learning, and significance of the results. Hear what they had to say below.



Salle de travail



5 hôpitaux publics de district/tertiaires:
2 au Bangladesh, 1 au Népal, 2 en
Tanzanie.

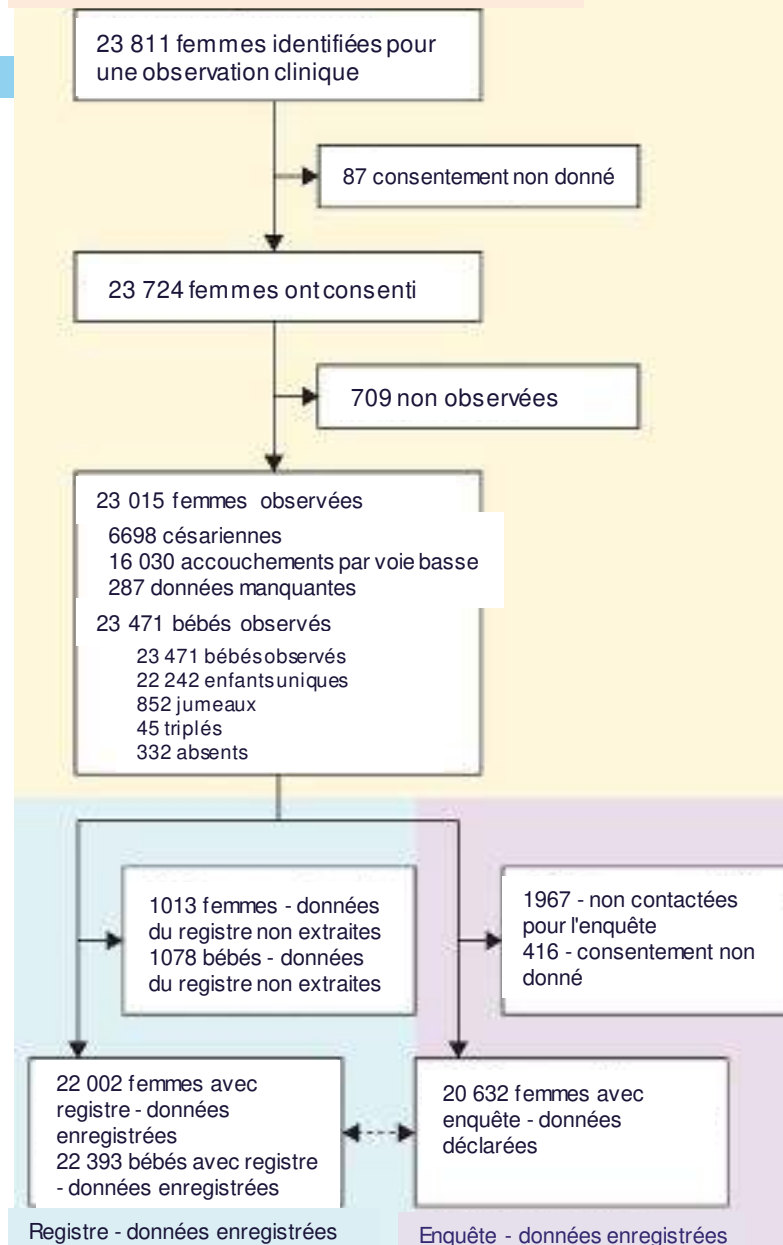
23 015 naissances observées

6 698 césariennes

550 mortinaissances

Salle de travail et d'accouchement

Observation clinique (norme d'excellence)



Analyse EN-BIRTH



Étude de validation EN-BIRTH impliquant plusieurs pa



Systèmes de mesure

Indicateurs de couverture et de qualité

Indicateurs de résultats

Mortinaissances, y compris le calendrier intrapartum

Validation du poids de naissance

Processus de poids de naissance et valeur perçue

Compter sur l'enregistrement des naissances

Expérience en matière de soins

Journal of BMC Pregnancy and Childbirth 2021, 21(1):1026
<https://doi.org/10.1186/s12844-020-03234-7>

BMC Pregnancy and Childbirth

From **Every Newborn BIRTH** multi-country validation study: informing/reassessment of coverage and quality of maternal and newborn care

RESEARCH Open Access

Stillbirths including intrapartum timing: EN-BIRTH multi-country validation study

Kimberly Fever^{1,2}, Louise T. Day¹, Harriet Ruyzen¹, Tazeen Tahira³, Abhis KC⁴, Josephine Shobari⁵, Stefanie Kong⁶, Shafiqul Anveer⁷, Omkar Baxeri⁸, Rajib Haider⁹, Qasr Sadeequr Rahman¹⁰, Hanryh Benkowitz¹¹, Joy E. Lawn¹² and EN-BIRTH Study Group

Abstract

Background: An estimated >2 million babies stillborn around the world each year lack visibility; low- and middle-income countries carry 64% of the burden yet have the least data. Most births are now in facilities, hence routine register-recording presents an opportunity to improve counting of stillbirths, but research is limited, particularly regarding accuracy. This paper evaluates register-recorded measurement of hospital stillbirths, classification accuracy, and barriers and enablers to routine recording.

Methods: The EN-BIRTH mixed-methods, observational study took place in five hospitals in Bangladesh, Nepal and Tanzania (2017–2018). Clinical observers collected time-stamped data on perinatal care and birth outcomes as gold standard. To assess accuracy of routine register-recorded stillbirth rates, we compared birth outcomes recorded in 1000 ward registers to observation data. We calculated absolute site differences and individual-level validation metrics (sensitivity, specificity, percent agreement). We assessed misclassification of stillbirths with neonatal deaths. To examine stillbirth appearance (fresh/maimed) as a proxy for timing of death, we compared appearance to observed timing of intrapartum death based on foetal rate at admission.

Results: 25272 births were observed including 552 stillbirths. Register-recorded completeness of birth outcomes was > 90%. The observed study stillbirth rate ranged from 3.8 (95%CI = 2.7–5) to 50.3 (95%CI = 43.6–58.0)/1000 total births and was underestimated in routine registers by 1.1 to 73.7/1000 total births (register-observed ratio 0.9–0.7). Specificity of register-recorded birth outcomes was > 99% and sensitivity varied between hospitals, ranging from 72.7–86.7%. Percent agreement between observer-assessed birth outcome and register-recorded birth outcome was very high across all hospitals and all modes of birth (> 88%). Fresh or maimed stillbirth appearance was a poor proxy for timing of stillbirth. While there were similar numbers of stillbirths misclassified as neonatal deaths (17/43) and hospital deaths misclassified as stillbirths (21/36), neonatal deaths were proportionately more likely to be misclassified as stillbirths (50.3% vs 43%). Inability to more accurately register-recording of birth outcome included supervision and data use.

Continued on next page

Correspondence: joy@lancet.com

Kimberly Fever and Joy E. Lawn are joint senior authors.

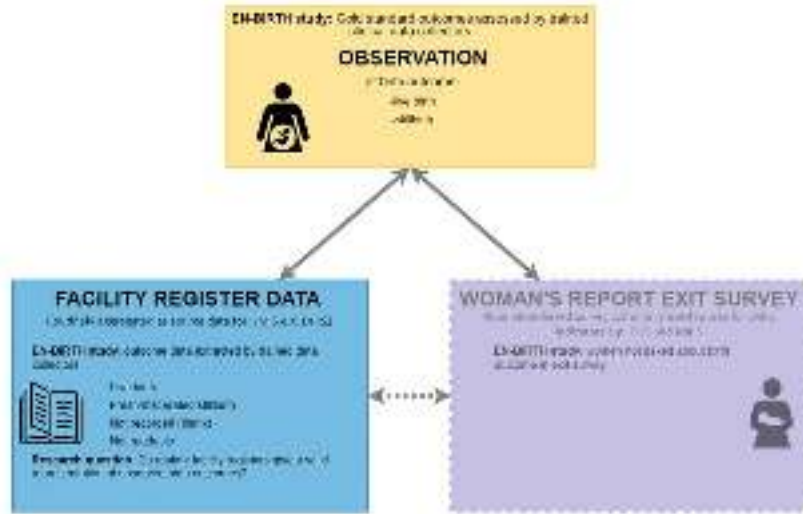
Kimberly Fever, Harriet Ruyzen, Qasr Sadeequr Rahman, Omkar Baxeri, Harriet Ruyzen, Louise T. Day, Harriet Ruyzen, School of Hygiene & Tropical Medicine, Keppel Street, London WC1E 7HT, UK

Full list of author information is available at the end of the article

BMC

© The Author(s). 2021 **Open Access** This article is licensed under a Creative Commons Attribution 4.0 International License, which permits use, sharing, adaptation, distribution and reproduction in any medium or format, as long as you give appropriate credit to the original author(s) and the source, provide a link to the Creative Commons licence, and indicate if changes were made. The images or other third party material in this article are included in the article's Creative Commons licence, unless indicated otherwise in a credit line to the material. If material is not included in the article's Creative Commons licence and your intended use is not permitted by statutory regulation or exceeds the permitted use, you will need to obtain permission directly from the copyright holder. To view a copy of this licence visit <http://creativecommons.org/licenses/by/4.0/>. The Creative Commons Public Domain Dedication waiver (<http://creativecommons.org/publicdomain/zero/1.0/>) applies to the data made available in this article, unless otherwise stated in a credit line to the data.

Mortinaissances

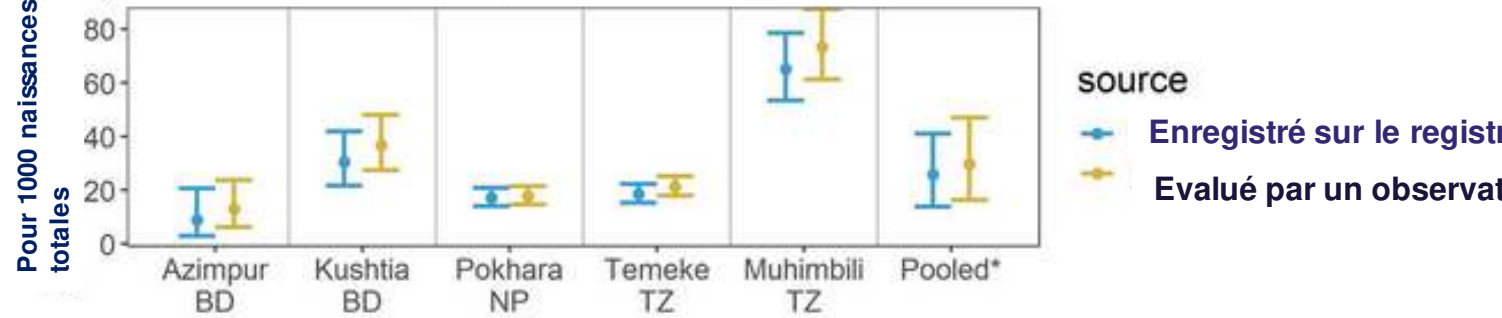


Taux de mortinatalité à l'hôpital:
5.8 – 50.3/ 1000 naissances totales

a) Taux de mortinatalité pour tous les modes d'accouchement



b) Taux de mortinatalité pour les accouchements par voie basse



c) Taux de mortinatalité pour les naissances par césarienne





Données de routine des registres des salles de travail sur les mortinaissances.

- Exhaustivité des données élevée dans les cinq hôpitaux, >90%
- Les registres ont sous-estimé le taux de mortinatalité observé de 1,1 à 7,4 pour 1000 naissances au total.
- Pourcentage élevé de concordance (> 98%) et de spécificité (> 99%) avec une sensibilité variable (77,7-86,1%)





1 NUMÉRATEUR

Pour déterminer la validité des interventions sélectionnées au niveau des établissements pour les mères et les nouveau-nés (numérateur) en termes de précision, pour l'inscription des données de registre de routine et pour le rapport des femmes dans l'enquête maternelle.

2 DÉNOMINATEURS

Pour comparer différentes options de dénominateur pour chacune des interventions.

3 **CONTENU ET QUALITÉ DES SOINS**

Pour évaluer les questions prioritaires pour chaque intervention en ce qui concerne la Couverture.

4 OBSTACLES ET CATALYSEURS

Pour évaluer les obstacles et les catalyseurs de la documentation de routine du registre.

**Une science rigoureuse pour valider, et non pas simplement l'ajout de multiples nouveaux indicateurs.
En se fixant sur la finalité, mettre en priorité l'utilisation dans le SGIS et les systèmes numériques tels que le DHIS2.**



Des erreurs de classification dans le registre ?

Décès néonatal ou mortinaissance ?

- Seuls 38 registres mal classés
 - 17 des 430 mort-nés (4,0 %) enregistrés comme décès néonataux
 - 21 des 36 décès néonataux enregistrés comme des mortinaissances.

Mortinaissances intra-partum/prénatales ?

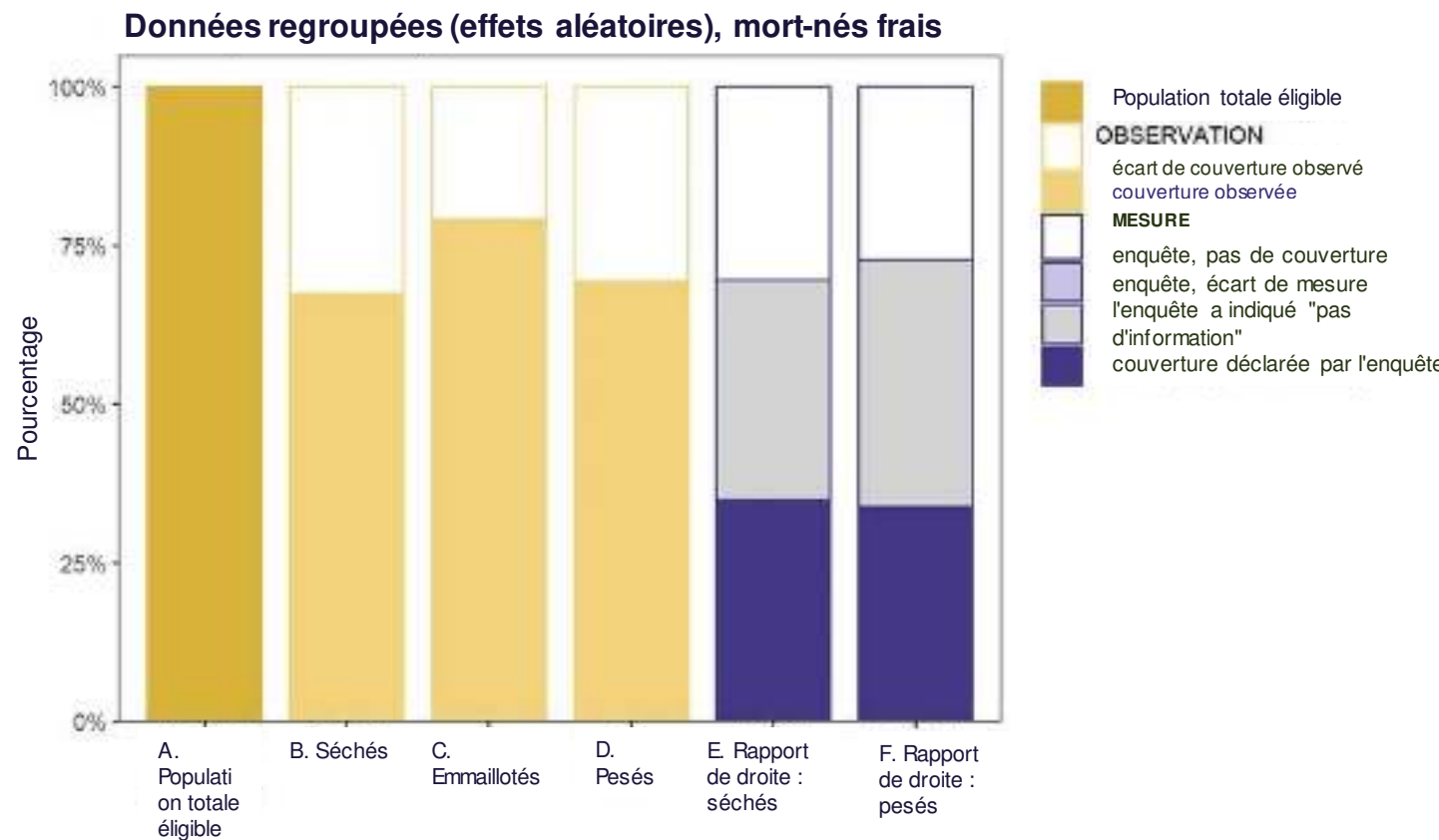
- Intrapartum - cœur foetal audible à l'admission - 5 - 41% ont été enregistrés comme mort-nés macérés.

Mortinaissances fraîches / macérées inexactes pour l'intrapartum/antepartum



Soins respectueux

- Naissances vivantes - tous les hôpitaux
séchés (>98%)
emmaillotés(>98%)
pesés (>98%)
- Mortinaissances au Bangladesh
séchés (31.3–42.9%)
emmaillotés (28.6–35.5%)
pesés (21.9–28.6%)





Objectifs

1 NUMÉRATEUR

Pour déterminer la validité des interventions sélectionnées au niveau des établissements pour les mères et les nouveau-nés (numérateur) en termes de précision, pour l'inscription des données de registre de routine et pour le rapport des femmes dans l'enquête maternelle.

2 DÉNOMINATEURS

Pour comparer différentes options de dénominateur pour chacune des interventions.

3 CONTENU ET QUALITÉ DES SOINS

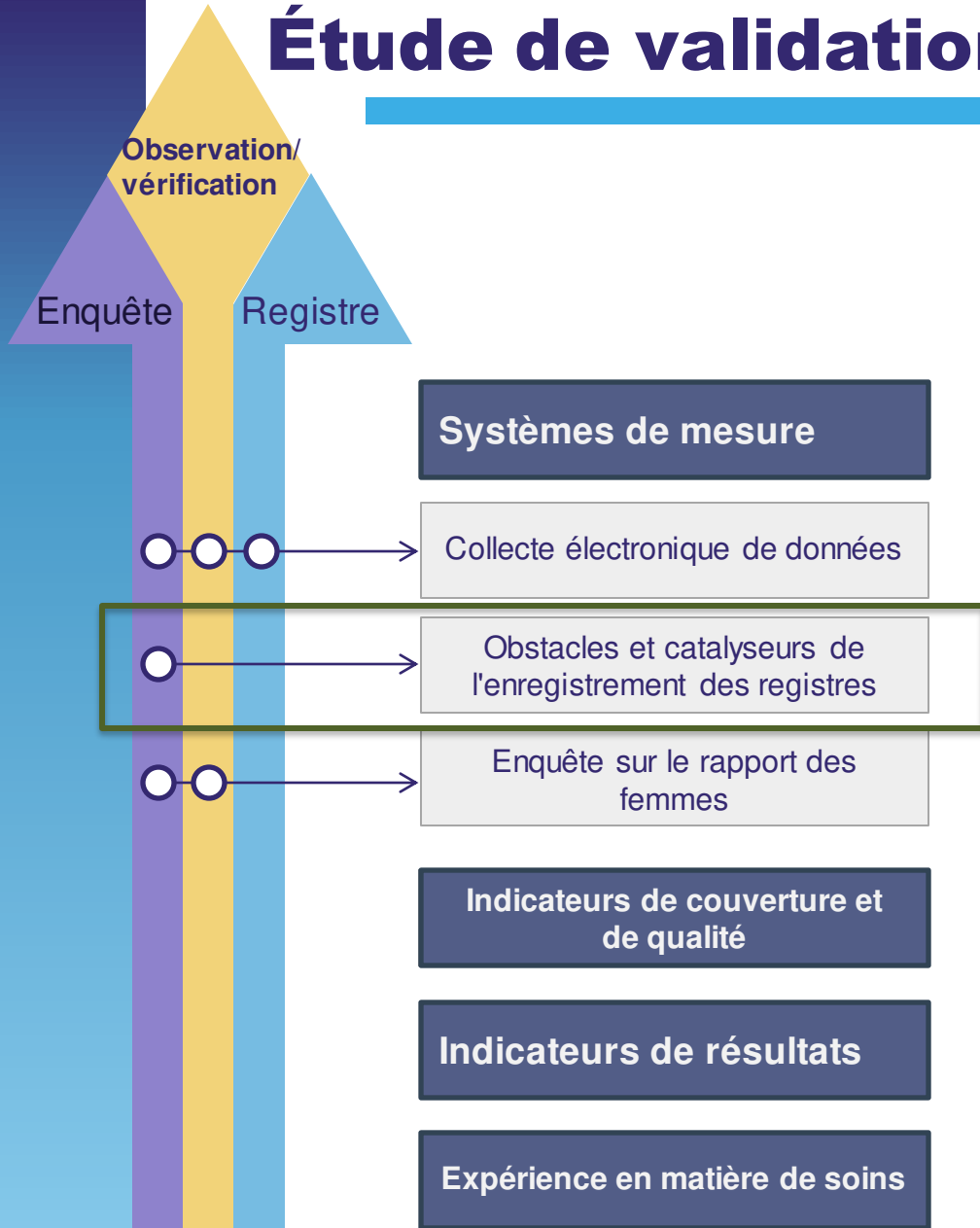
Pour évaluer les questions prioritaires pour chaque intervention en ce qui concerne la couverture

4 OBSTACLES ET CATALYSEURS

Pour évaluer les obstacles et les catalyseurs de la documentation de routine du registre.

Une science rigoureuse pour valider, et non pas simplement l'ajout de multiples nouveaux indicateurs.
En se fixant sur la finalité, mettre en priorité l'utilisation dans le SGIS et les systèmes numériques tels que le DHIS2.

Étude de validation EN-BIRTH impliquant plusieurs pays



Renseigner la mesure de la couverture et de la qualité des soins maternels et néonataux

Quelles ont été les conclusions ?



Chaque pays avait une conception différente du registre des salles de travail.
Éléments de données de l'indicateur de couverture saisis dans 2 des 3 pays



Modèle de registre

- Des colonnes spécifiques
- Des colonnes non spécifiques
- Sans colonne
- Instructions/conventions





La charge d'enregistrement

- De multiples documents dans lesquels les soins sont documentés





Structure du registre

Imprimé de façon formelle
Plusieurs colonnes

- Népal = 35
- Tanzanie = 48
- Bangladesh = 58

Mimba ya uguzi (Guzulu)		Tarehe na muda wa kukawa		Tarehe na muda wa kujifunga		Tarehe Kuluwa	Alipofungwa	Minafasi ya ulimbo, Matokeo ya Uzazi na Hali ya Mama na Mtoto													
Amejauzi mara ngapi (Maru)	Wapata Hali (Aliva)	Tarehe	Muda	Tarehe	Muda	Adilika "1" ndani ya mii 12 au "2" baada ya siku 12	HIF, BHA, TBA, B(Nyumbani)	Siku ya kujifunga (KVV/MCK/BL/N)	Jasi ya Mbole (K/M/E)	Dadai	Dadai S	Area amaliwa	Amazoyohwa ndani ya siku 24 au 48 au 72	Ujuzi wa mtoto wa kwanza	Pitambizi ya mtoto kundi ya mwanay 24, 48, 72, 96 au 120	24 h	48 h	72 h	96 h	120 h	AMATI
2	2	13/5	15:30	14/5	17:00	1	HP	2/2	26	8	10	4	2	30	2	1	1	1	1	1	0
3	3	17/5	6:30	10/5	23:00	1	HP	2/2	26	8	10	4	2	30	2	1	1	1	1	1	0
3	3	16/5	19:30	17/5	22:30	1	HP	2/2	26	9	10	4	2	30	2	1	1	1	1	1	0

Informel - écrit à la main

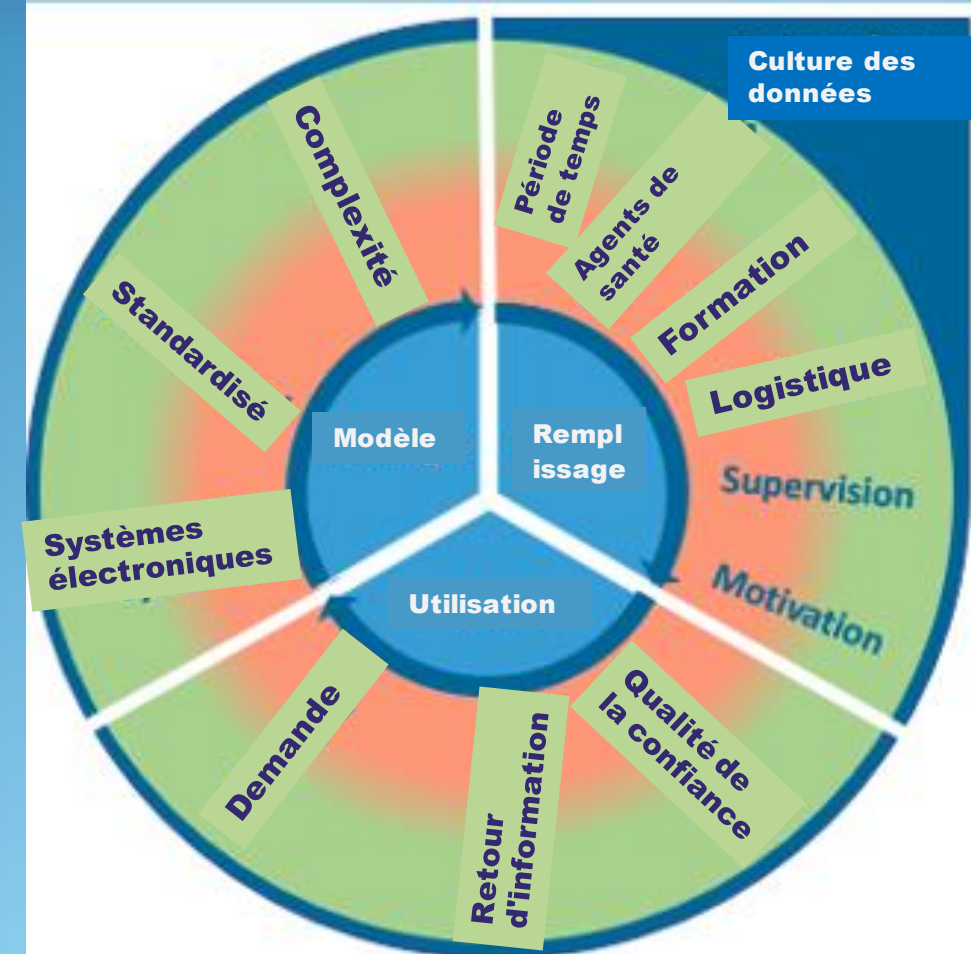
Plusieurs registres

PROCEDURE	OUTCOME	OUTCOME	ACTION	DISPOSAL	DEL BY
Conducting delivery through standard	—	Alive	Alive	Warranty Standard	32 Rudek
Use of forceps	Use of forceps	Alive	Alive	Warranty when	32 Rudek
Conduct	oxytocin	Alive	Alive	Warranty	used 20



Obstacles et catalyseurs

- Les hôpitaux ayant des modèles de registre identiques ont présenté des différences en termes d'exhaustivité et de précision.
- Les résultats qualitatifs sur les mortinaissances suggèrent que la supervision, l'utilité perçue des données et le retour d'information contribuent à l'amélioration de la qualité des données des registres.

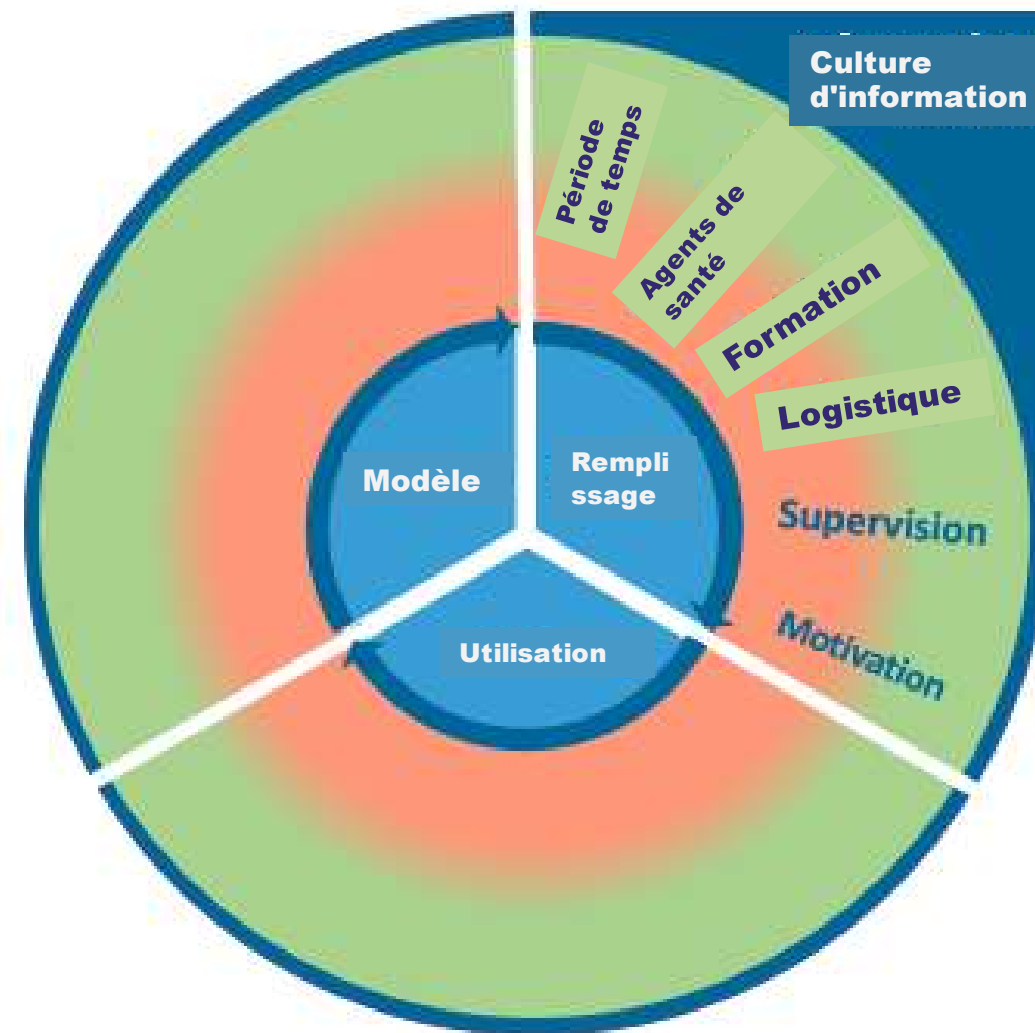




Période de temps

“Dans une équipe de huit heures, si j'ai un grand nombre de patients, je risque de passer plus de temps sur l'inscription des données que de temps passé à m'occuper des patients”

[IDI_L&D_Nurse, MNH, TZ]



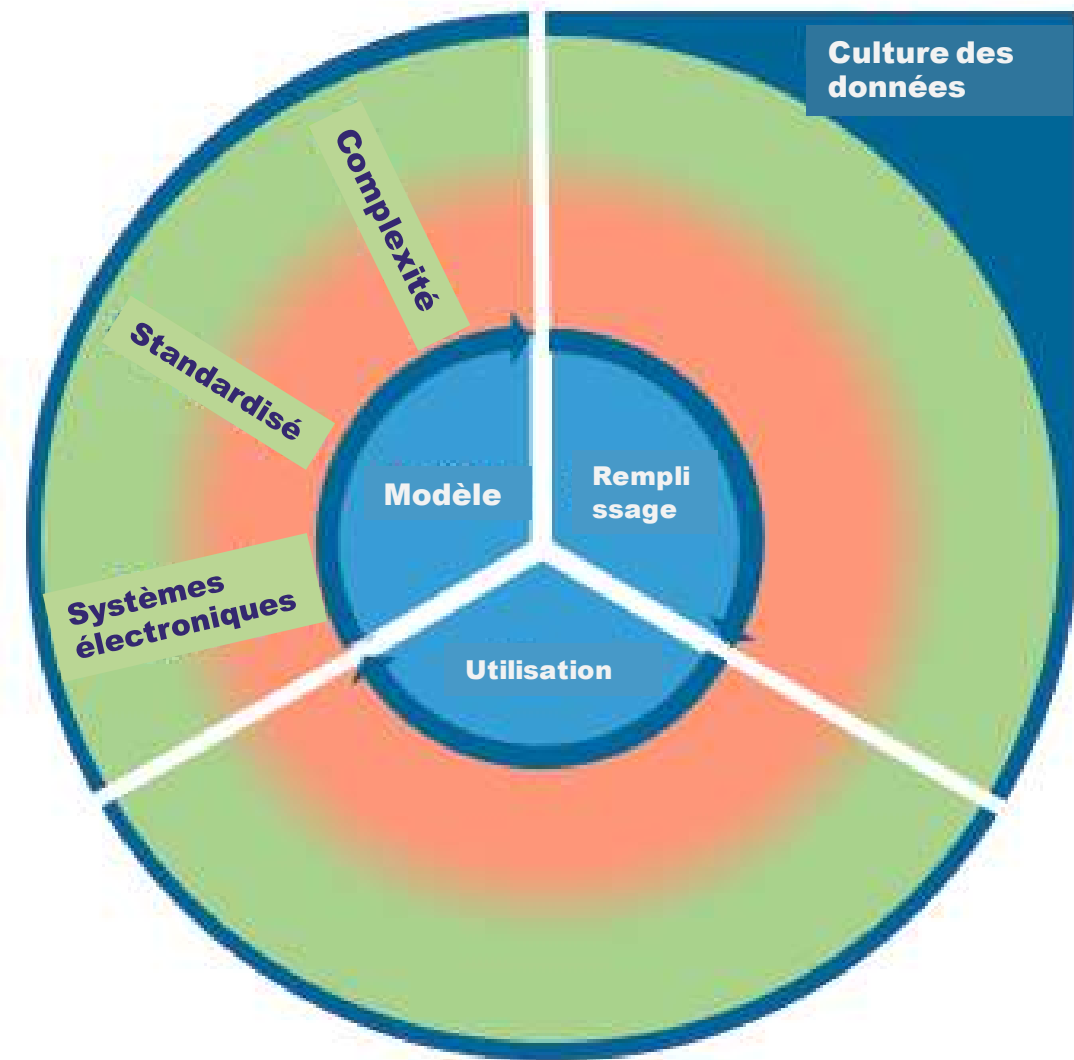


Modèle de registre

Standardisation

“Je saisis toutes les informations sur les patients[...] et parfois je dois ajouter des colonnes dans lesquelles je peux inclure certaines données qui sont importantes [...], pour m'aider à rédiger mon rapport de fin de mois. Si je me contente de suivre le registre, certaines données risquent d'être omises et tel est le défi que je dois affronter.”

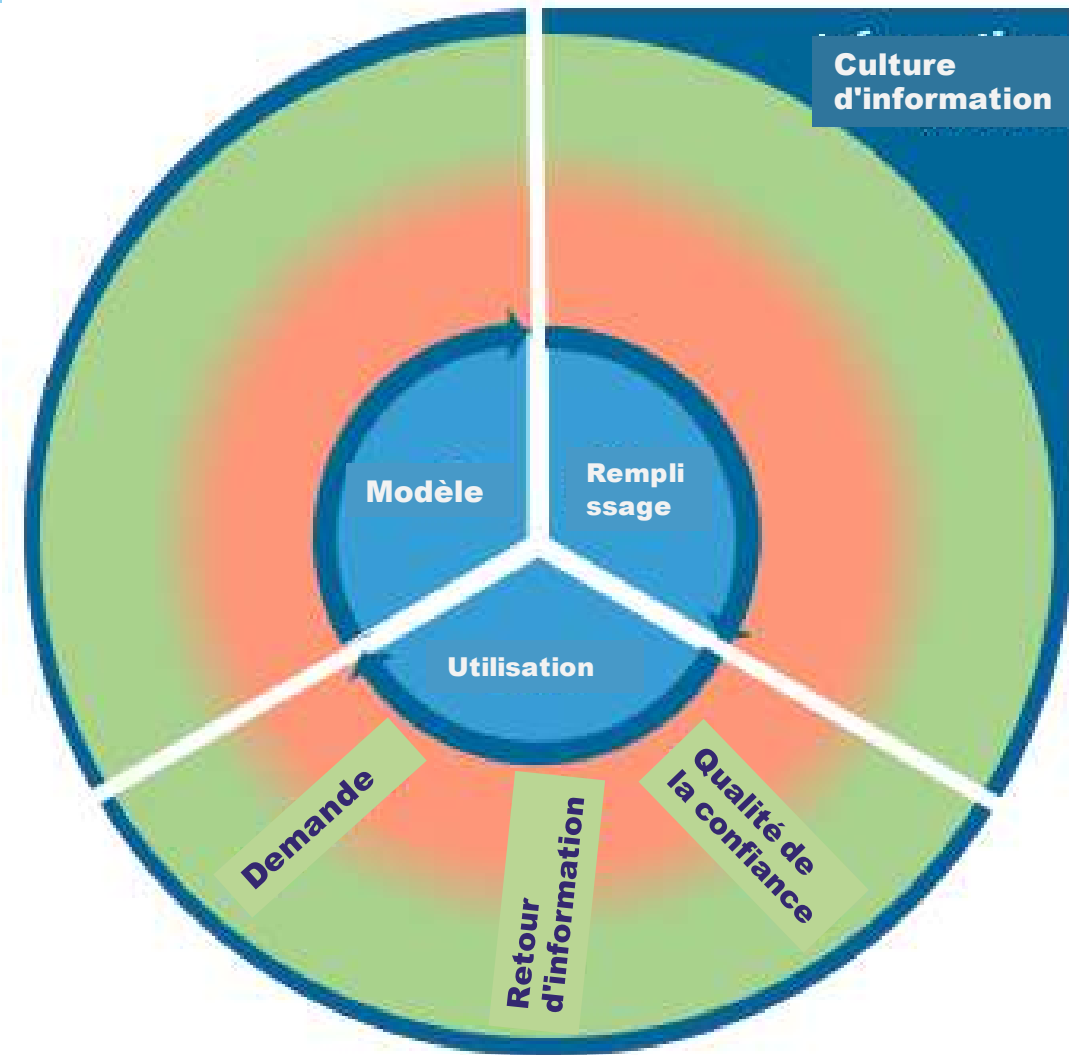
[FGD_Nurse, MNH, TZ].



Utilisation des registres

Retour d'information

“Je n'ai pas eu de retour d'information de leur part (SGIS) en ce qui concerne la documentation. Une réunion mensuelle a lieu à l'hôpital avec les responsables des données. Généralement, nous ne participons pas à cette réunion.”
 [IDI_L&D_Nurse, BD]





Étude EN-BIRTH

1. Pourquoi?
2. Qu'est-ce qui a été fait ?
3. Quelles ont été les conclusions ?

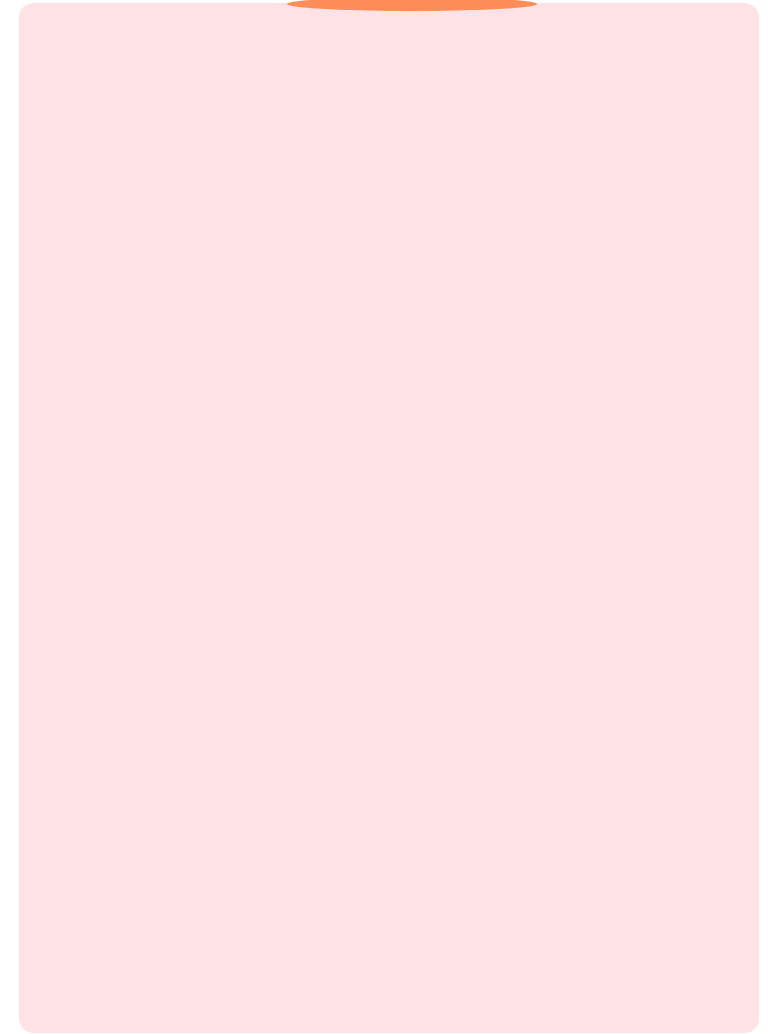
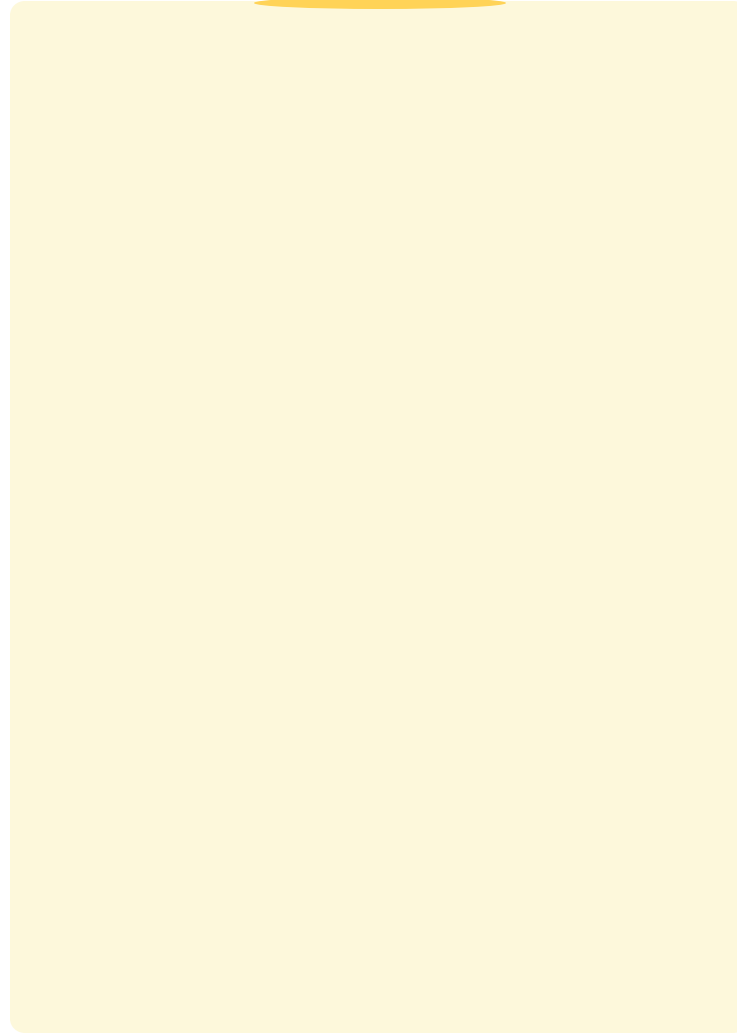
Enquête
Registre

1. Quelle sera la prochaine étape en matière de mesure et de recherche?





Quelles sont les prochaines étapes pour les données de registre ?





Quelles sont les prochaines étapes pour les données de registre ?

Actuellement

Commencer à utiliser les données de registre avec des boucles de rétroaction



Quelles sont les prochaines étapes pour les données de registre ?

Actuellement

Commencer à utiliser les données de registre avec des boucles de rétroaction

Prochaines étapes de recherche

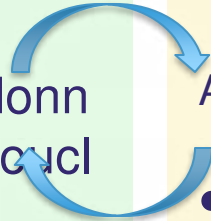
Améliorer la qualité des données



Quelles sont les prochaines étapes pour les données de registre ?

Actuellement

Commencer à utiliser les données de registre avec des boucles de rétroaction



Prochaines étapes de recherche

Améliorer la qualité des données

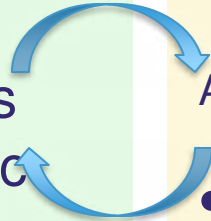
- Modèle standardisé de registre, optimisant les résultats
- Recherche sur la mise en œuvre pour améliorer la qualité des données et des résultats



Quelles sont les prochaines étapes pour les données de registre ?

Actuellement

Commencer à utiliser les données de registre avec des boucles de rétroaction



Prochaines étapes de recherche

Améliorer la qualité des données

- Modèle standardisé de registre, optimisant les résultats
- Recherche sur la mise en œuvre pour améliorer la qualité des données et des résultats

Pas utile

Espaces vides

Une charge excessive pour les agents de santé

Non standardisé



Les mortinaissances : quelles sont les prochaines étapes et les lacunes en matière de recherche ?

- Liens avec:
 - Enregistrement et statistiques de l'état civil (CRVS) (actes de naissance/décès)
 - Surveillance des décès maternels et riposte (SDMR)
- Le soutien au deuil est peu étudié dans les pays à revenu intermédiaire de la tranche inférieure (PRI TI), mais il joue un rôle important dans la prise en charge des familles, des communautés et des soignants affectés.





Les mortinaissances : quelles sont les prochaines étapes et les lacunes en matière de recherche ?

- La réduction des erreurs de classification des mortinaissances et des décès néonataux nécessite :
 - des dispositifs et des systèmes permettant de mesurer et d'enregistrer facilement le rythme cardiaque
 - une formation en matière de soins opportuns aux nouveau-nés, de reconnaissance des signes de vie et de réanimation
- L'enregistrement du rythme cardiaque fœtal à l'admission est essentiel pour chaque femme et son bébé.
 - Frais/macéré inexact

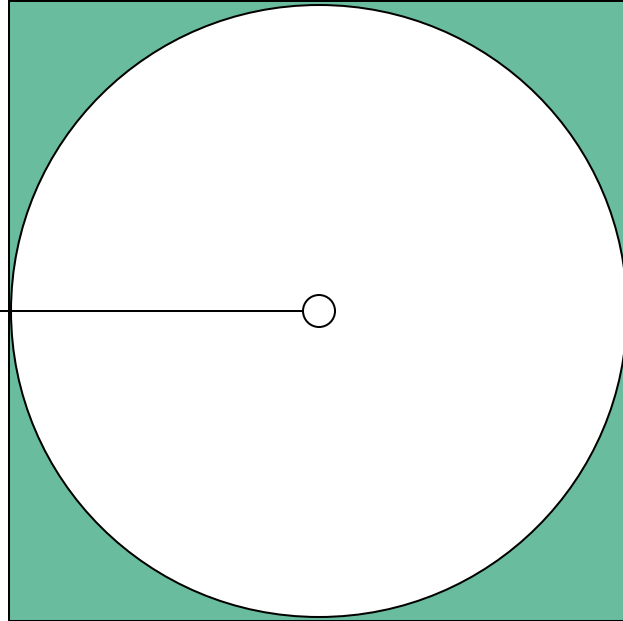




Les mortinaissances : quelles sont les prochaines étapes et les lacunes en matière de recherche ?

- Les mortinaissances en établissement ont été saisies avec précision, mais sous-utilisées dans le cadre de la redevabilité nationale et mondiale.
- Le modèle de registre, la formation du personnel, la supervision et la culture des données pourraient davantage améliorer la qualité des données.
- La recherche sur la mise en œuvre est nécessaire, y compris le flux dans les systèmes de gestion de l'information sanitaire (SGIS).





Amélioration des systèmes de gestion de l'information sanitaire (SGIS) de routine afin de répondre aux besoins de chaque nouveau-né [Advancing Routine Health Management Information Systems (HMIS) to Deliver for Every Newborn]

Data for Impact
Avec LSHTM
Avec icddr,b
Avec Ifakara Health Institute





Suivi de la recherche sur les indicateurs "Every Newborn BIRTH"
dans les hôpitaux (EN-BIRTH) - 2ème phase

LSHTM, icddr, IHI juillet 2021





Bangladesh



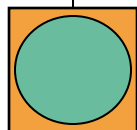
Tanzania

EN-BIRTH - 2ème phase

Data for Impact
 Avec LSHTM
 Avec icddr,b
 Avec Ifakara Health Institute



EN-BIRTH - équipe de la 2ème phase



Bangladesh, icddr,b

Dr Shams El Arifeen
Dr Ahmed Ehsanur Rahman
Ms Tazeen Tahsina
Mr Anisuddin Ahmed
Mr Qazi Sadeq-ur Rahman
Dr Shafiqul Ameen
Ms Aniqat Tasnim Hossain
Ms Shema Mhajabin

Tanzanie, Ifakara Health Institute

Dr Honorati Masanja
Dr Nahya Salim,
Mr Donat Shamba,
Ms Josephine Shabani
Dr Getrud Joseph
Ms Jacqueline Minja
Ms Caroline Shayo

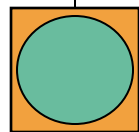
Royaume-Uni, LSHTM

Prof Joy Lawn
Dr Louise Tina Day
Ms Harriet Ruysen
Ms Kimberly Peven

Data for Impact / UNC

Dr Kavita Singh Ongechi
Ms Gabriela Escudero

EN-BIRTH - objectif de la 2ème phase

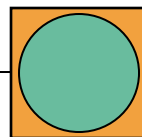


- La 2ème phase de l'étude EN-BIRTH évaluera si les indicateurs validés peuvent être mis en œuvre en tant que prochaine étape pour promouvoir une adoption générale du SGIS dans les pays à revenu intermédiaire de la tranche inférieure (PRI TI).
- Le principal résultat de ce travail consistera en un ensemble d'outils permettant à d'autres pays fortement touchés de mettre en œuvre et d'utiliser certains indicateurs relatifs aux nouveau-nés dans les systèmes nationaux SGIS/DHIS2.

EVERY NEWBORN PROGRESS REPORT

90 pays ENAP utiliseront les données pour promouvoir le changement pour l'O.D.D 3.2.

2019



For those 34 countries with the highest burden of newborn mortality and stillbirths, only two countries report having all four indicators in HMIS; the Democratic Republic of the Congo and Togo. Ethiopia, India and Nigeria report that work is underway to include all four indicators.

Table 13 shows the status of HMIS indicators in high burden countries.

Table 13. Status of HMIS research in the 34 highest burden countries

Highest countries	burden	Indicator for newborns that benefited from KMC	Indicator for use of antenatal corticosteroids for fetal lung maturation	Indicator for newborn resuscitation performed	Indicator for treatment of neonatal sepsis
India		In process	Yes	Yes	Yes
Nigeria		Yes	In process	In process	In process
Pakistan		No	Yes	No	Yes
Democratic Republic of the Congo		Yes	Yes	Yes	Yes
Ethiopia		Yes	In process	Yes	Yes
China		No	No	No	No
Indonesia		No	No	No	No
Bangladesh		Yes	No	Yes	No
United Republic of Tanzania		No	No	Yes	Yes
Afghanistan		No	No	No	Yes
Sudan		In process	No	In process	Yes
Uganda		In process	In process	Yes	In process
Angola		No	No	No	No
Philippines		No	No	No	No
Kenya		In process	No	In process	In process
Mozambique		No	No	Yes	No
Côte d'Ivoire		No	No	Yes	No
Egypt		No	No	No	No
Mali		Yes	No	Yes	Yes
Niger		No	No	No	Yes
Somalia		No	No	No	No
Central African Republic		No	No	No	No
South Sudan		In process	No	Yes	Yes
Lesotho		No	No	No	Yes
Guinea-Bissau		No	No	No	No
Chad		No	No	No	No
Mauritania		No	No	No	No
Sierra Leone		Yes	No	No	No
Benin		No	No	Yes	No
Djibouti		No	No	Yes	Yes
Comoros		No	No	No	No
Equatorial Guinea		No	No	No	No
Togo		Yes	Yes	Yes	Yes
Yemen		In process	In process	In process	In process



Quelles sont les prochaines étapes et les lacunes en matière de recherche ?



Les données des registres de routine des salles de travail peuvent être utilisées dès maintenant pour fournir des données essentielles concernant l'heure de naissance.

En surmontant les obstacles liés à l'inscription des données de registre, les agents de santé de première ligne (en particulier les sages-femmes) pourraient être valorisés pour les données de registre qu'elles collectent, en vue d'améliorer la qualité des données et, surtout, d'utiliser ces données pour améliorer la qualité des soins dispensés aux femmes et aux bébés dont elles s'occupent.



La césarienne a eu un effet négatif sur la précision de la couverture déclarée par l'enquête et celle indiquée dans les registres.

Des études supplémentaires sont nécessaires en ce qui concerne les implications liées à la mesure de l'augmentation des taux de césarienne.



Quelles sont les prochaines étapes et les lacunes en matière de recherche ?



Des données valides ne permettront pas de sauver des vies en elles-mêmes.

Les données doivent être utilisées par les agents de santé qui s'occupent des femmes et de leurs bébés et par les décideurs politiques et les gouvernements, pour investir et transformer les services de soins, en transformant la couverture sanitaire universelle en une réalité qui peut être mesurée et améliorée.



Le retour d'information bidirectionnel entre les niveaux du SGIS est essentiel pour améliorer les performances et faire un suivi précis des progrès vers les objectifs sanitaires convenus.

Il est nécessaire de mener des recherches sur la mise en œuvre des interventions, afin de standardiser les modèles des registres des salles de travail et les processus de remplissage de ces registres, avec un examen régulier de la qualité des données.

Équipe EN-BIRTH

Responsables des équipes nationales et organisations

Bangladesh:

Dr Shams El Arifeen (icddr,b)

Népal:

Dr Ashish KC,

(Uppsala University, avec le partenaire de mise en œuvre Golden Community)

Tanzanie:

Dr Honorati Masanja et le feu Dr Mbaruku Godfrey,
(Ifakara Health Institute)

École d'hygiène et de médecine tropicale de Londres (LSHTM):

Joy E. Lawn

Groupe d'étude EN-BIRTH

Bangladesh: Qazi Sadeq-ur Rahman, Ahmed Ehsanur Rahman, Tazeen Tahsina, Sojib Bin Zaman, Shafiqul Ameen, Tanvir Hossain, Abu Bakkar Siddique, Aniqat Tasnim Hossain, Tapas Mazumder, Jasmin Khan, Md. Taqbir Us Samad Talha, Rajib Haider, Md. Hafizur Rahman, Anisuddin Ahmed, Shams El Arifeen.

Népal: Omkar Basnet, Avinash K Sunny, Nishant Thakur, Rejina Gurung, Anjani Kumar Jha, Bijay Jha, Ram Chandra Bastola, Rajendra Paudel, Asmita Paudel, Ashish KC.

Tanzanie: Nahya Salim, Donat Shamba, Josephine Shabani, Kizito Shirima, Menna Narcis Tarimo, Godfrey Mbaruku (deceased), Honorati Masanja.

LSHTM: Louise T Day, Harriet Ruysen, Kimberly Peven, Vladimir S Gordeev, Georgia R Gore-Langton, Dorothy Boggs, Stefanie Kong, Angela Baschieri, Simon Cousens, Joy E Lawn.

Groupe de collaboration EN-BIRTH pour la validation:

Bangladesh: Md. Ayub Ali, Bilkish Biswas, Rajib Haider, Md. Abu Hasanuzzaman, Md. Amir Hossain, Ishrat Jahan, Rowshan Hosne Jahan, Jasmin Khan, M A Mannan, Tapas Mazumder, Md. Hafizur Rahman, Md. Ziaul Haque Shaikh, Aysha Siddika, Taslima Akter Sumi, Md. Taqbir Us Samad Talha

Tanzanie: Evelyne Assenga, Claudia Hanson, Edward Kija, Rodrick Kisenge, Karim Manji, Fatuma Manzi, Namala Mkopi, Mwifadhi Mrisho, Andrea Pembe

Népal: Jagat Jeevan Ghimire, Regina Gurung, Elisha Joshi, Avinash K Sunny, Naresh P. KC, Nisha Rana, Shree Krishna Shrestha, Dela Singh, Parashu Ram Shrestha, Nishant Thakur,

LSHTM: Hannah Blencowe, Sarah G Moxon

Groupe consultatif d'experts EN-BIRTH:

Agbessi Amouzou, Tariq Azim, Debra Jackson, Theopista John Kabuteni, Matthews Mathai, Jean-Pierre Monet, Allisyn Moran, Pavani Ram, Barbara Rawlins, Jennifer Requejo, Johan Ivar Sæbø, Florina Serbanescu, Lara Vaz

Groupes consultatifs nationaux :

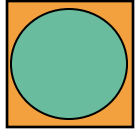
Bangladesh: Mohammad Shahidullah, Khaleda Islam, Md Jahurul Islam.

Népal: Naresh P KC, Parashu Ram Shrestha.

Tanzanie: Muhammad Kambi, Georgina Msemo, Asia Hussein, Talhiya Yahya, Claud Kumaliya, Eliudi Eliakimu, Mary Azayo, Mary Drake, Honest Kimaro.

Finalement, et plus particulièrement, nous remercions les femmes, leurs familles, les agents de santé et les collecteurs de données.





Cette présentation a été réalisée avec le soutien de l'Agence des États-Unis pour le développement international (USAID) dans le cadre de la bourse associée 7200AA18LA00008 de Data for Impact (D4I), qui est mise en œuvre par Carolina Population Centre de University of North Carolina at Chapel Hill, en partenariat avec Palladium International, LLC ; ICF Macro, Inc ; John Snow, Inc ; et Tulane University. Les opinions présentées dans cette publication ne correspondent pas nécessairement à celles de l'USAID ou du gouvernement des États-Unis.

www.data4impactproject.org





Merci



Nous remercions le groupe de collaboration #EN_BIRTH

Retrouvez les articles et d'autres documents sur
[Bit.ly/EN_BIRTH](https://bit.ly/EN_BIRTH)



GLOBAL
FINANCING
FACILITY

Amélioration des systèmes de suivi et de données pour compter et expliquer les mortinaissances.



Maletela Tuoane

Spécialiste senior en santé, Enregistrement et statistiques de l'état civil (CRVS)

Mécanisme de financement mondial, Banque mondiale

@MaletelaTuoane

29 juillet 2021



L'importance du comptage des mortinaissances

- 56 pays ne sont pas sur la bonne voie pour atteindre l'objectif de mortinatalité (≤ 12 pour 1 000 naissances au total).
- Recommandé comme un événement essentiel de haute priorité, au même titre que les naissances et les décès.
 - Reconnu comme un problème de santé publique évitable
 - Aide à déterminer les conditions de santé et les facteurs de risque qui pourraient affecter les résultats de la grossesse
 - Il est recommandé que les taux de mortinatalité et de mortalité périnatale soient suivis parallèlement aux taux de mortalité néonatale.
 - Il est important de collecter des données qui permettront d'estimer avec plus de précision le poids des mortinaissances.
- Considérations sur les définitions : pays, sources

Les mortinaissances peuvent être comptées

- Systèmes nationaux
 - Enquêtes de population
 - Systèmes de routine:
 - Systèmes de surveillance et d'examen des décès (maternels et) périnataux (formations sanitaires et événements communautaires)
 - Système de gestion de l'information sanitaire, registres des mortinaissances.
 - Enregistrement et statistiques de l'état civil, système d'enregistrement des échantillons, y compris les systèmes de surveillance sanitaire et démographique.
- Autres sources
 - Rapport du groupe inter-agences des Nations Unies pour l'estimation de la mortalité infantile (UN Inter-agency Group for Child Mortality Estimation)
- Détermination des causes de décès (plus compliqué)
 - Certification médicale des causes de décès
 - Autopsie verbale, autopsie sociale

Les mortinaissances dans le programme du GFF

- 30 pays soutenus par le GFF ne sont pas sur la bonne voie pour atteindre les objectifs en matière de mortinatalité.
- La réduction des mortinaissances évitables est incluse dans certains dossiers d'investissement de SRMNEA-N (par exemple, au Kenya).

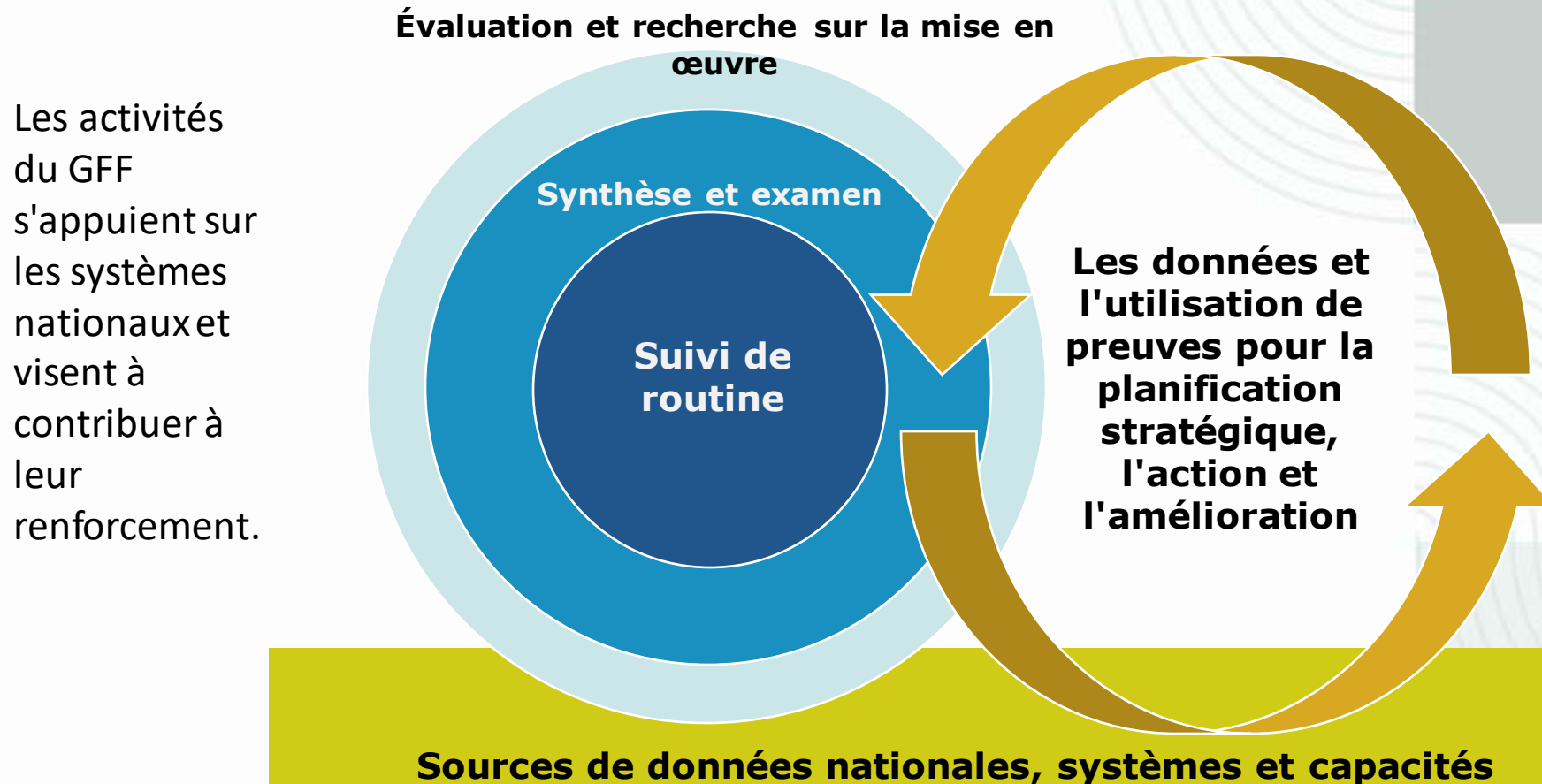
The vision of the RMNCAH investment framework is:

A Kenya where there are no preventable deaths of women, new-borns or children and; no preventable still-births, where every pregnancy is wanted, every birth celebrated and accounted for; and where women, babies, children and adolescents are free of HIV/AIDS, survive, thrive and reach their full social and economic potential.

- Actuellement, il ne s'agit pas d'un événement essentiel prioritaire dans le programme de CRVS; et aucun pays soutenu par le GFF ne soumet de données sur les mortinaissances à partir du système de CRVS.
 - Nigéria : l'enregistrement des mortinaissances est obligatoire. Sierra Leone : les mortinaissances doivent être notifiées à l'autorité chargée de l'enregistrement de l'état civil. Rwanda : les mortinaissances ne doivent pas être déclarées à l'officier de l'état civil. Ouganda : les mortinaissances ne sont pas couvertes par les lois sur l'enregistrement de l'état civil.
- Le GFF a lancé des activités pour revitaliser et souligner l'importance des mortinaissances.

Stratégie de résultats du GFF

Vision : contribuer au renforcement des systèmes nationaux, mettre plus d'attention sur les résultats mesurables, générer l'apprentissage, éclairer les améliorations et renforcer la redevabilité.



Sources de données nationales, systèmes et capacités

Feuille de route pour la déclaration des mortinaissances

- Entreprendre un dialogue et une mobilisation des parties prenantes sur l'importance de l'établissement de priorités, à travers la plateforme nationale :
 - Réduire les mortinaissances évitables
 - Amélioration des systèmes de données pour les rapports et le suivi des mortinaissances.
- Inclusion des mortinaissances dans les dossiers d'investissement de SRMNEA-N et d'autres priorités spécifiques à chaque pays
 - Analyse situationnelle de l'état des mortinaissances, de la mortalité périnatale et néonatale (tendances, données infranationales, sexe).
 - Évaluation des sources de données sur la mortinatalité
 - Classement des activités par ordre de priorité en vue d'améliorer la disponibilité, la qualité et l'utilisation des données sur les mortinaissances dans les systèmes nationaux de rapports.

Feuille de route pour les rapports et les réponses en matière de mortinaissances

❖ Spécifique au contexte du pays :

❖ *Dans les cas où aucun rapport n'est pas soumis :*

- ❖ Soutenir les directives nationales pour l'inclusion de la mortinatalité,
- ❖ Modifier les lois pour intégrer les mortinaissances dans le système de CRVS,
- ❖ Rechercher les possibilités d'intégrer les rapports sur la mortinatalité dans les systèmes existants (par exemple, SDMR, SGIS),

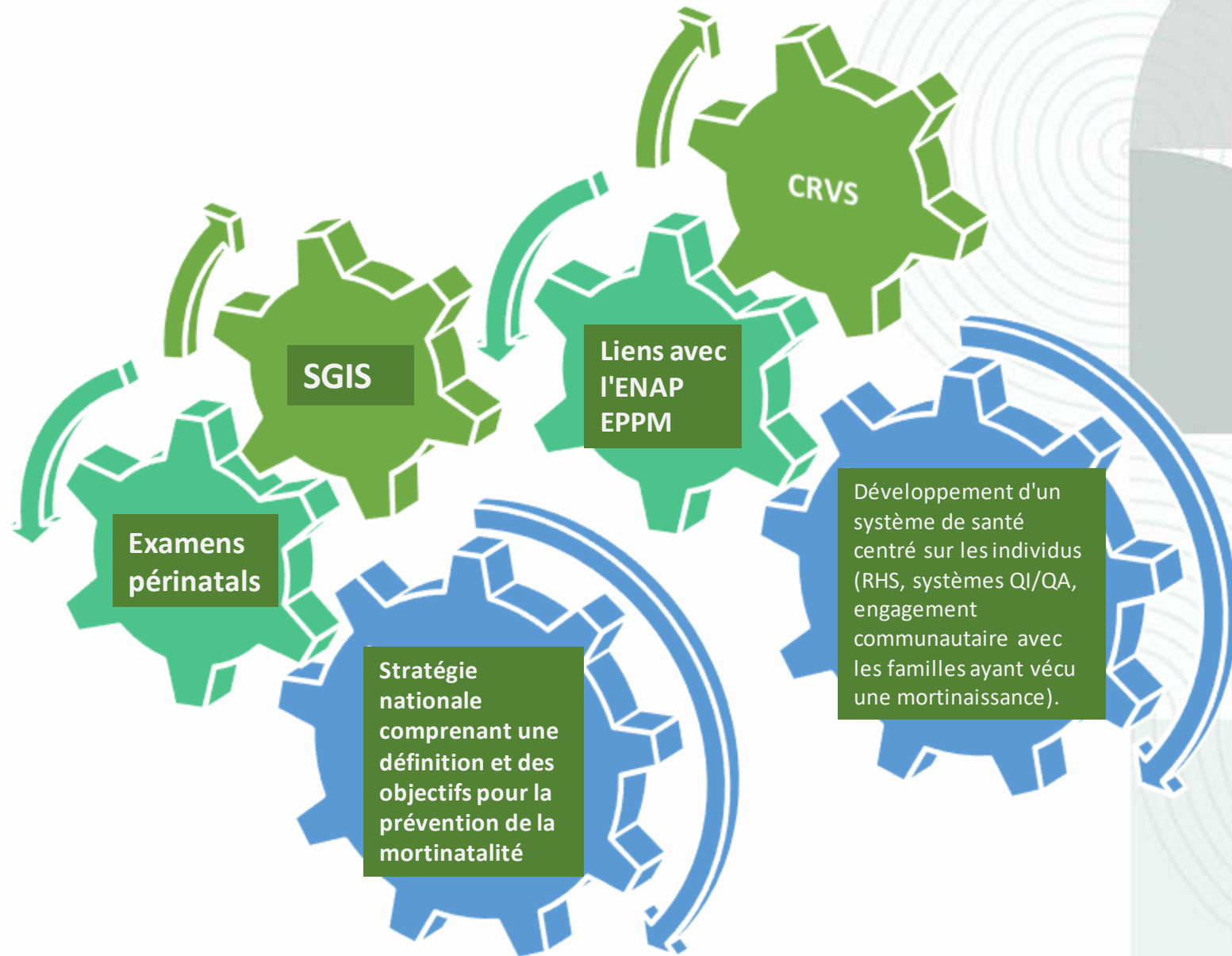
❖ *Dans les cas où les rapports sur les mortinaissances sont systématiques :*

- ❖ Renforcer la qualité, l'exhaustivité, l'analyse et l'utilisation des données

❖ Tous les paramètres

- ❖ Utilisation des données pour déterminer les causes des mortinaissances, suivre et empêcher les mortinaissances dans les années à venir (SDMR, qualité des services de santé, soutien aux familles ayant vécu une mortinaissance).

Interconnexion des actions - de la mesure à la gestion



Souhaiteriez-vous accéder à d'autres ressources ?

1. ***UN IGME stillbirth estimates 2020*** (Estimations de la mortalité de l'IGME, 2020)
2. ***Lancet Ending preventable stillbirth series*** (Série sur la mortalité évitable, Lancet)
3. ***EN BIRTH study*** (Étude EN BIRTH)
4. ***WHO health sector contributions to civil registration (June 2021 and includes a chapter on stillbirth)*** [Contributions du secteur de la santé à l'enregistrement des faits d'état civil de l'OMS (juin 2021) et comprend un chapitre sur la mortalité].
5. ***CRVS toolkit with chapter on stillbirth*** (Outils de CRVS avec un chapitre sur la mortalité)

**Recenser 2 millions de
mortinaissances **par an** :
Saisir les occasions
manquées en
matière d'impact et
d'investissement**



Nous vous invitons à nous faire part de vos commentaires. Veuillez également prendre quelques minutes pour remplir le formulaire d'évaluation:
<https://forms.office.com/r/hBnRzSaZKW>



www.globalfinancingfacility.org | ✉ gffsecretariat@worldbank.org | 🐦 @thegff