



GLOBAL  
FINANCING  
FACILITY

# 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](http://march.lshtm.ac.uk)

@joylawn

#EveryNewborn



# 17 mois de pandémie de la COVID-19

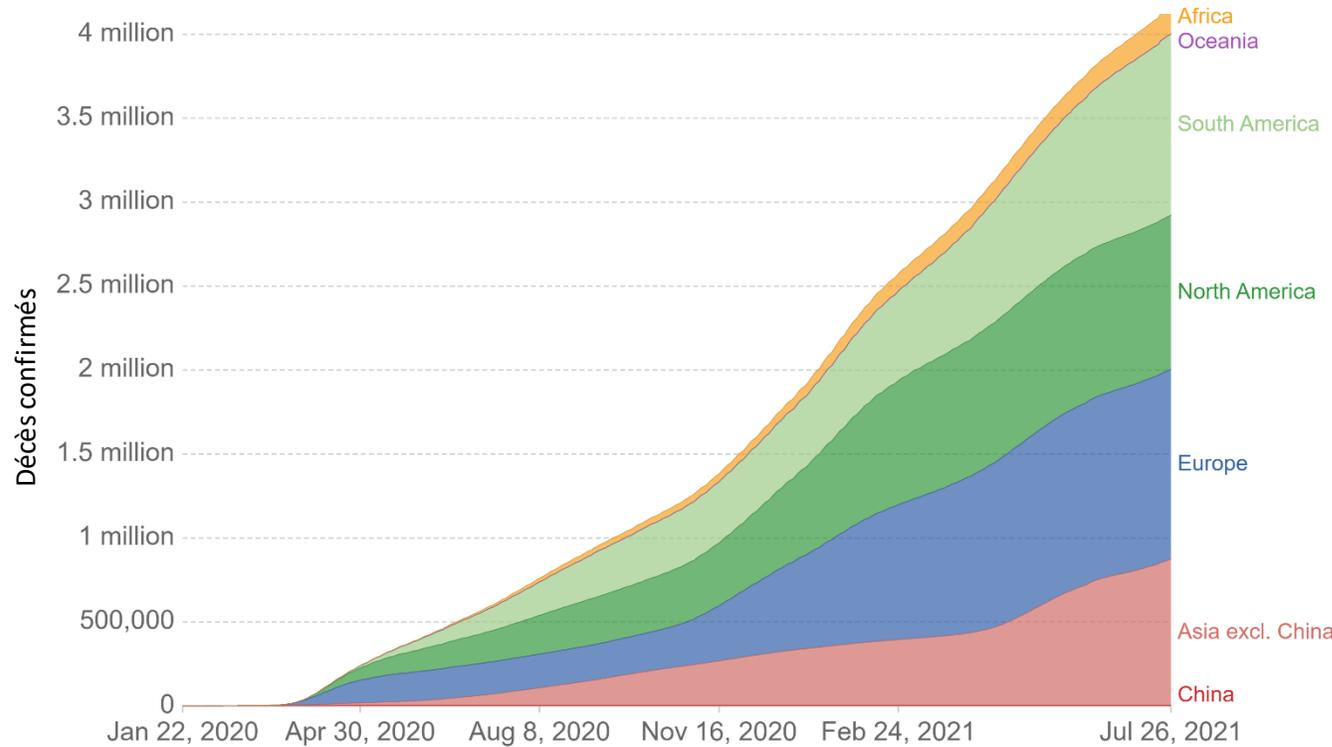
## Maladie + décès

### 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.

Our World in Data

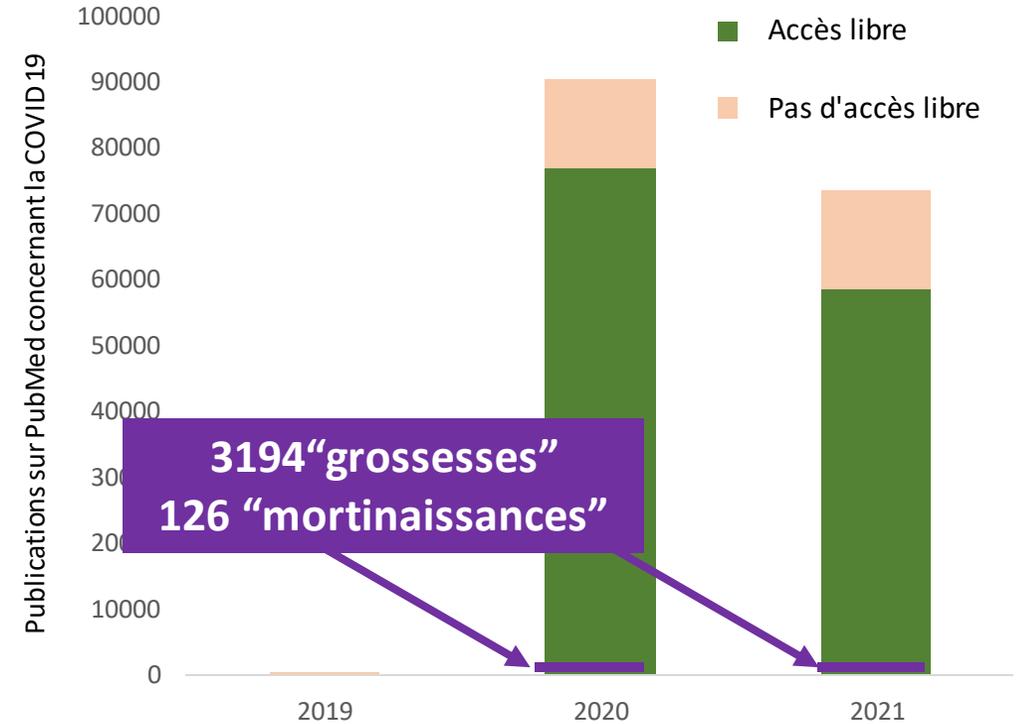
Deaths



Source: Johns Hopkins University CSSE COVID-19 Data. Last updated: 27 July, 15:03 (London time). OurWorldInData.org/coronavirus • CC BY

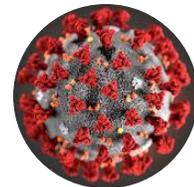
## Données + science

PubMed



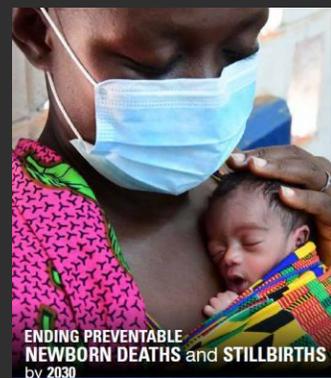
3194 "grossesses"  
126 "mortinaissances"

>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

Pas de bébé mort-né

Aucun nouveau-né n'est né pour mourir

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



0,3 million de décès

>2 millions de décès

2 millions de décès

5,1 millions de décès

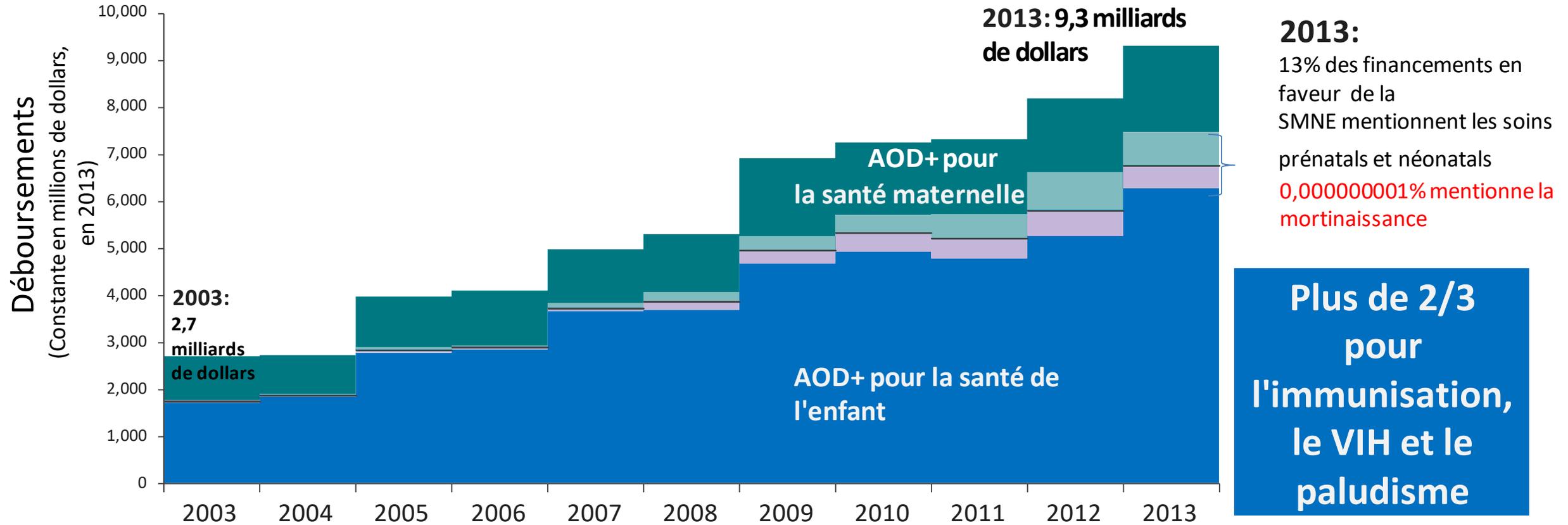
**TEMPS : > 50% lié à la naissance, progression plus lente**

**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 déboursements 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.**

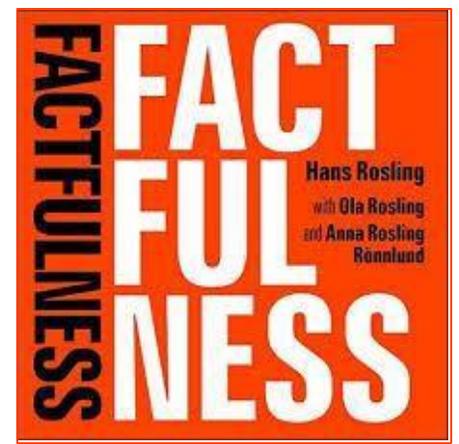


Article

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

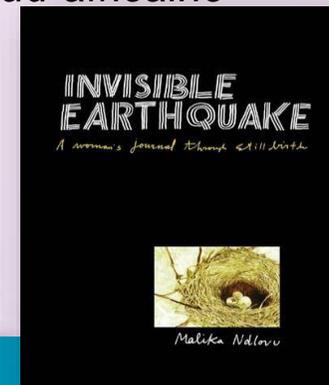
FAITS sur  
la mortinais-  
sance

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.*

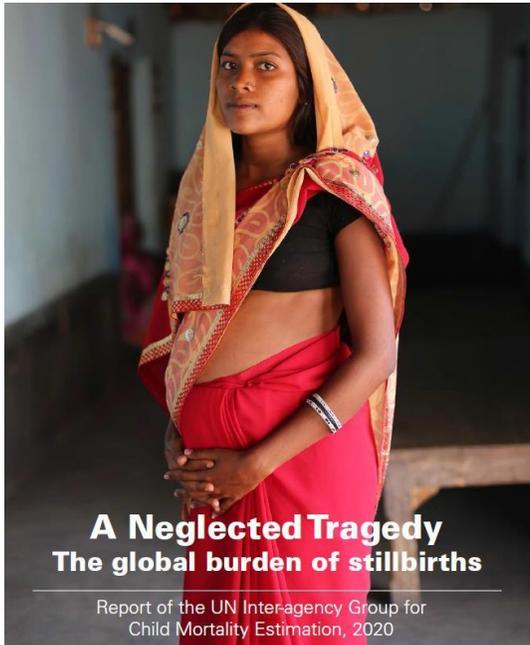
*Je voulais simplement arrêter de respirer, je voulais que le temps cesse de me faire avancer..."*

Malika Ndlovu, artiste sud-africaine



#EndStillbirths

# 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

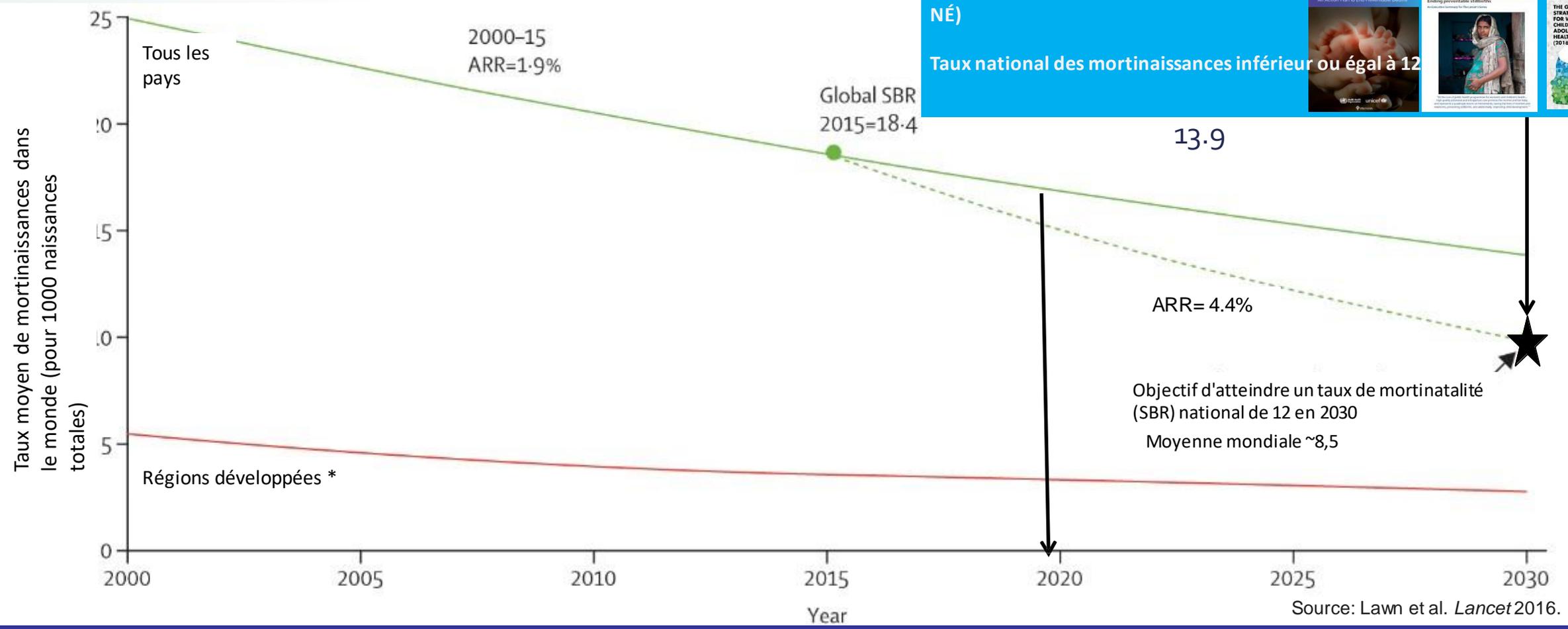
 WORLD BANK GROUP

 United  
Nations

# OBJECTIF pour mettre fin aux mortinaissances évitables

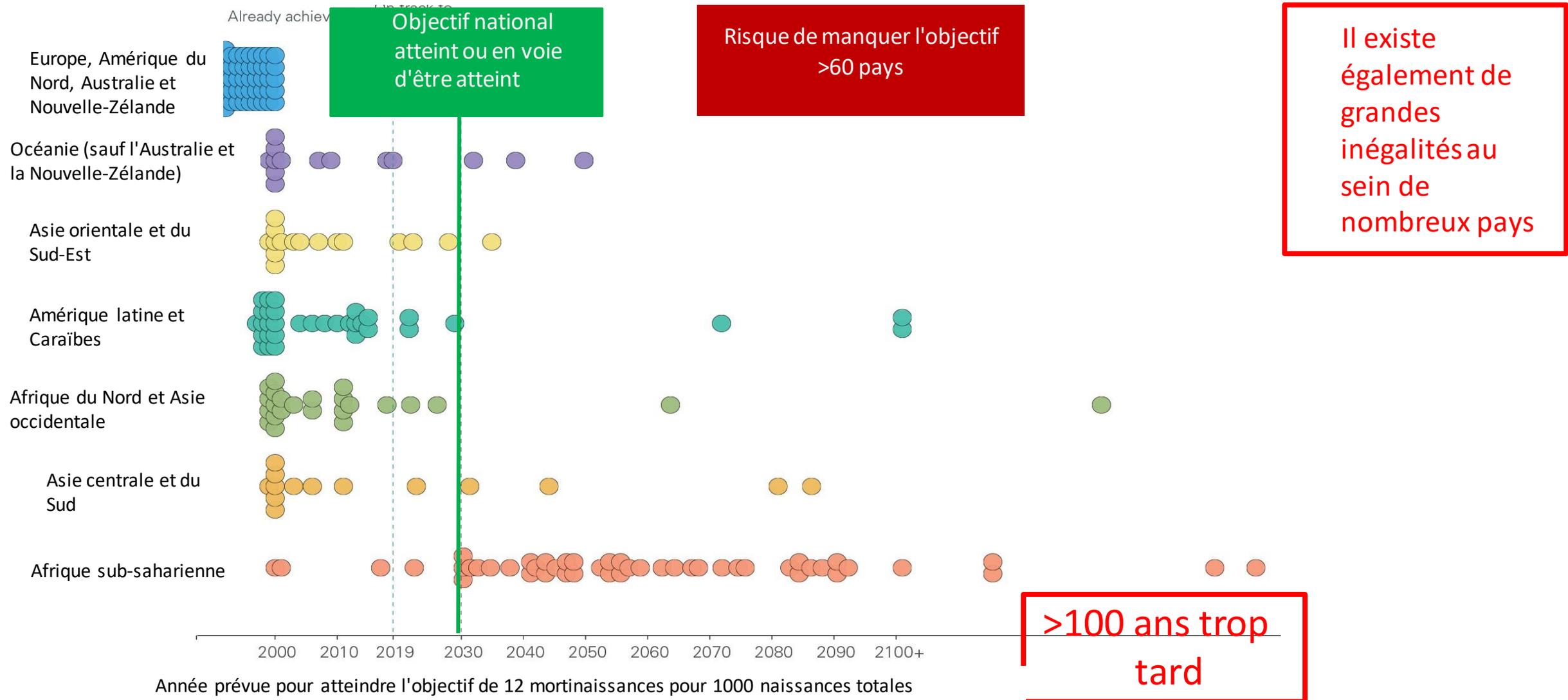
## Stratégie mondiale et plan d'action "EVERY NEWBORN" (ENAP)

**OBJECTIF "EVERY NEWBORN" D'ICI 2030 (CHAQUE NOUVEAU-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

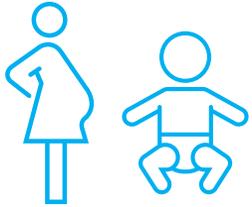
- Surveillance et réponse fœtales
- Déclenchement du travail pour les grossesses > 41 semaines

## 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

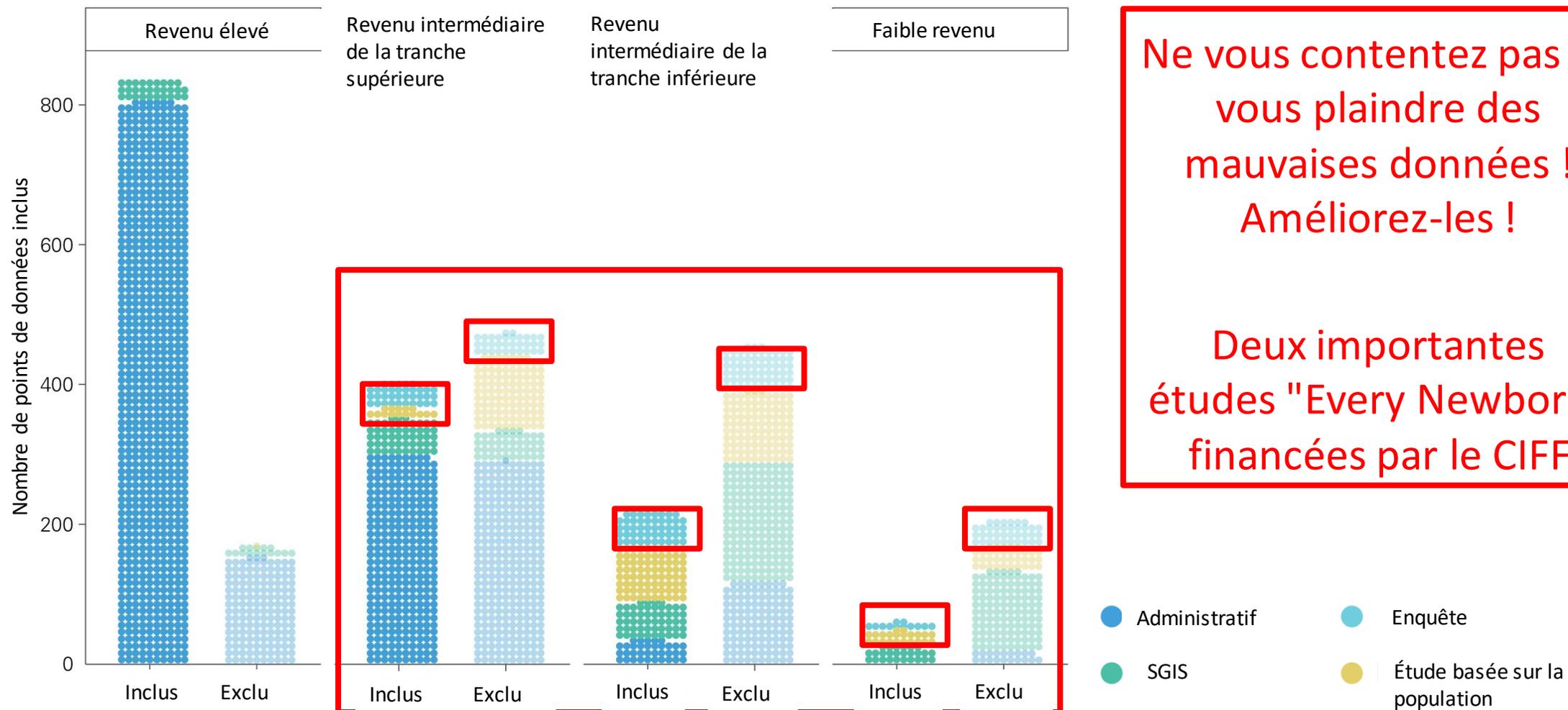
- La définition de l'OMS une comparaison au niveau international **est claire** :  
Bébé né sans signe de vie et dont l'âge gestationnel est >28 semaines (poids de naissance >1000g).  
Chaque pays doit également faire le suivi de tous les décès fœtaux à partir de >22 semaines de gestation (poids de naissance >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 !



Ne vous contentez pas de vous plaindre des mauvaises données !  
Améliorez-les !

Deux importantes études "Every Newborn" financées par le CIFF

# 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  
**CIF CHILDREN'S INVESTMENT FUND FOUNDATION**



# Actions!



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

@joylawn

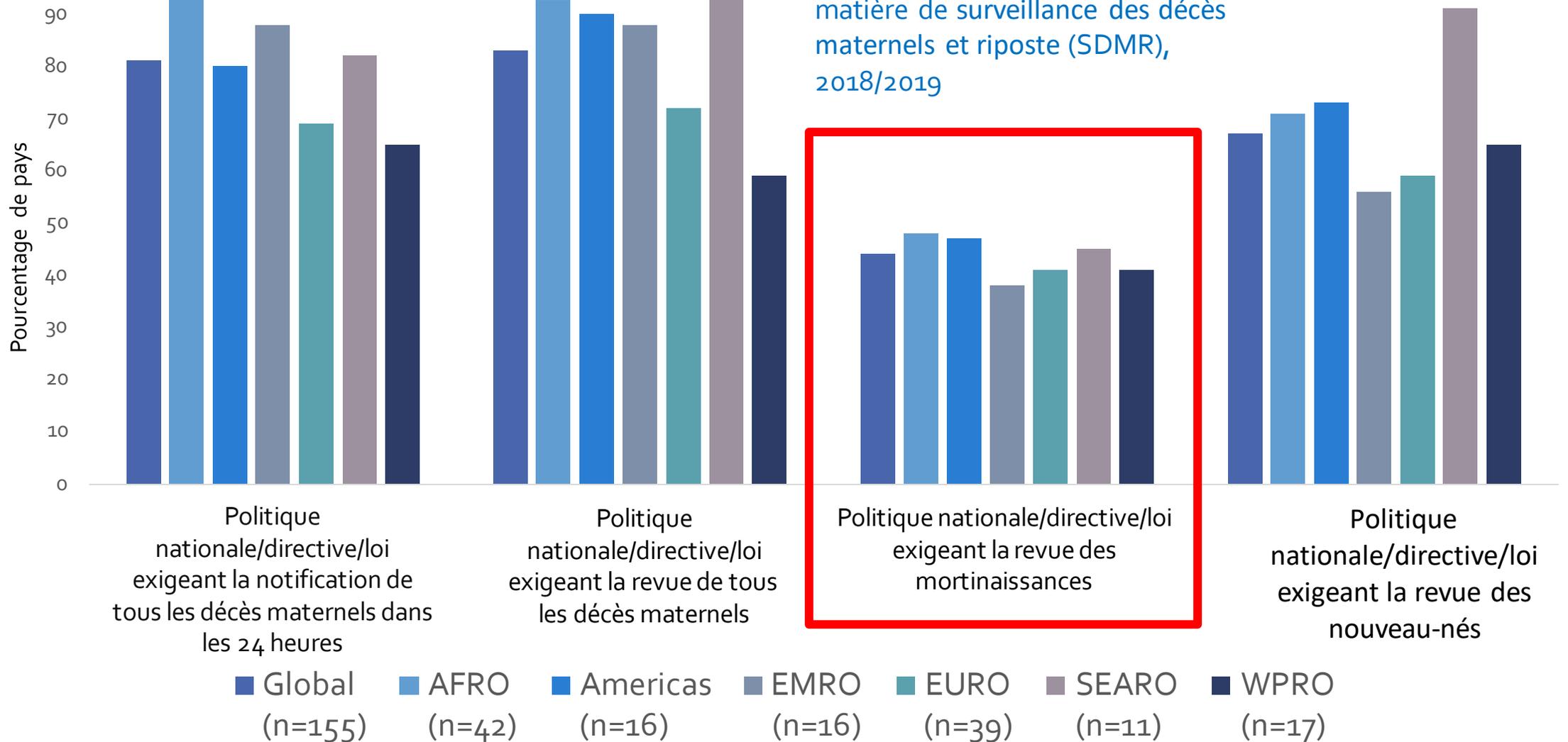
## Faits concrets sur les mortinaissances

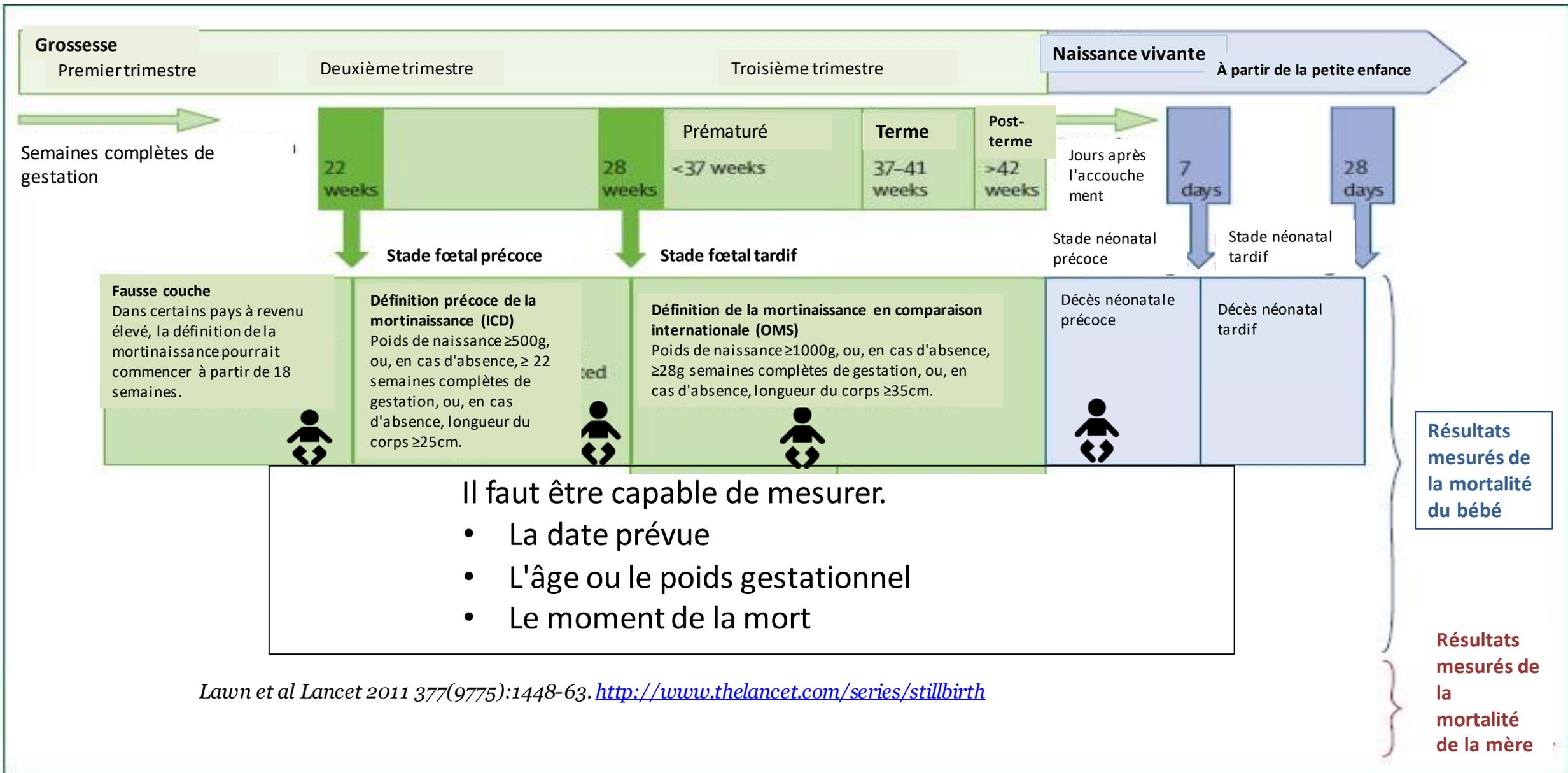
1. Les mortinaissances comptent pour les familles et la société
2. L'objectif 2030 est **URGENT** ! 9 ans pour atteindre l'objectif de 12 établis en matière de taux de mortinatalité. Les progrès doivent être intensifiés.
3. Les mortinaissances peuvent être évitées, notamment grâce à des soins prénatals 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?



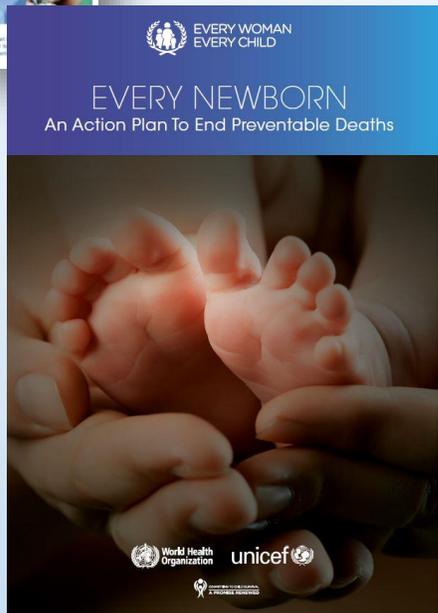


# Étude EN-BIRTH

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.

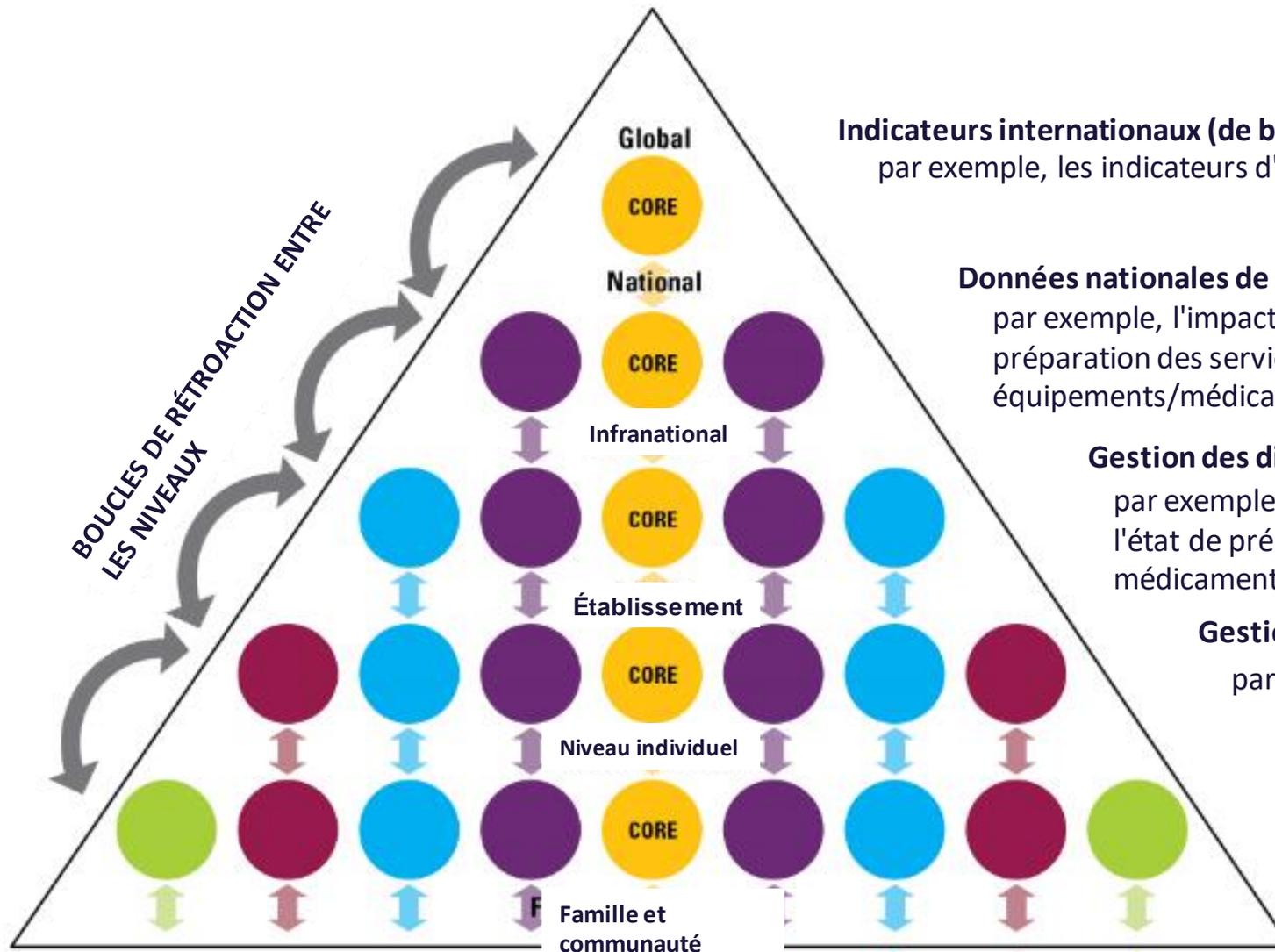
Feuille de route ambitieuse de l'OMS pour l'amélioration des mesures (2015-2020), fondée sur des données probantes pour certains écarts prioritaires.....

- 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)

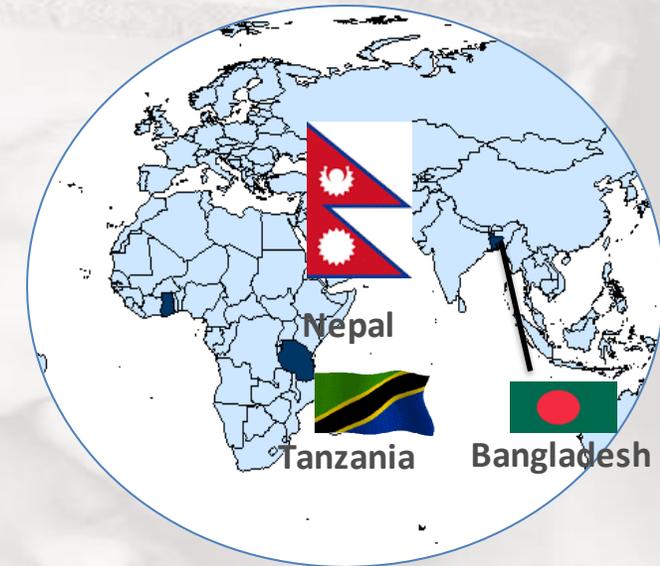
Pour mesurer la validité des indicateurs de couverture des soins à fort impact pour chaque mère et chaque nouveau-né.

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





# 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.

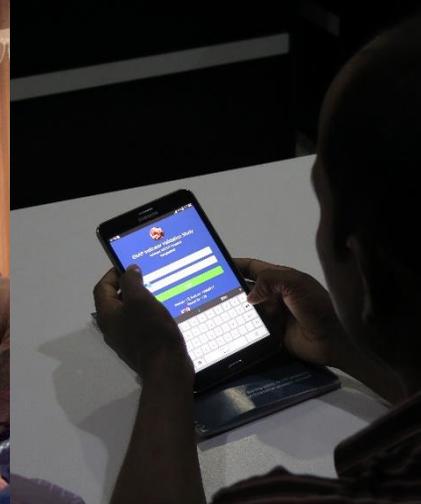
## 3 CONTENU ET QUALITÉ DES SOINS

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

Every Newborn Metrics

Observational Study of Facility-based Maternal and Newborn Quality of Care

User ID  
Password

Login

Azimpur MCHTI Hospital Bangladesh  
Version: 1.0, Built on: 10/01/2018  
Device ID: 163  
icddr.b

Observation OB MRS DE Patient

Labour and Delivery

Study ID: 204001982  
Hospital ID: 261887

Pause  
Stop

L&D 1ST & 2ND STAGE NEWBORN RESUS 3RD STAGE & PPN L & D DISCHARGE &

Don't Know Observed-Done Observed-Not Done

Observation Start: Labour Room

Observation Place (Other):

Oxytocin Given for Augmentation:

Fetal HR Check 1-4

Partograph 1-4

Active Pushing Started: Liquor Check: Liquor Type: Liquor Smell Type

Mode of Delivery (started): Vaginal

Mode of Delivery (final): Vaginal

Decision Em-CS: Consent Em-CS: 1st Incision Em-CS: Indication- Fetal Distress: No

Indication- Failure Lab Prog: Indication- APH: Indication- Hypertension: Indication- Other (Specify):

Recall Survey OB MRS DE Alive

Labour and Delivery

Study ID: 123000027  
Hospital ID: 123

COVER SHEET L & D NEONATAL KCAC SES FINAL STATUS FOLLOW-UP

Section II: MATERNAL RECALL SURVEY MODULE (ACS, uterotonics, newborn resuscitation, ENC practices)

Section II.1 ACS

Some babies are born before term and there are methods to help with their breathing.

01. Do you know if your baby was born before the expected date, or too soon or too early? Yes No Don't know/don't remember

Section II.2 Uterotonics

08. Were you given any medicine immediately after the delivery of your baby? Yes No Don't know/don't remember

Section II.3 Essential Newborn Care Practices

12. Was your baby dried or wiped immediately after birth (within a few minutes)? Yes No Don't know/don't

Labour and Delivery: Data Extraction

b. Date of Delivery: 04/11/2018  
Not readable  
Not recorded

c. Time of Delivery: 11:51  
Not readable  
Not recorded

d. Birth Outcome: Alive  
Stillbirth  
Not readable  
Not recorded

f. Sex of Child: Male  
Female  
Ambiguous  
Not readable  
Not recorded

g. Birth weight (grams): 1900  
Not readable  
Not recorded

h. Was baby stimulated? Yes  
No  
Not readable  
Not recorded

i. Baby resuscitated with bag and mask? Yes  
No  
Not readable  
Not recorded

j. Chlorhexidine applied to cord for cleansing? Yes  
No  
Not readable



# 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)

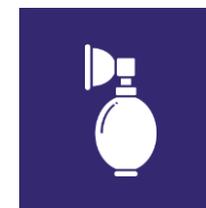


IFAKARA  
HEALTH  
INSTITUTE





Nepal



Responsable de la réanimation néonatale

Expérience des soins - Responsable des soins respectueux de la mère et du nouveau-né



UPPSALA  
UNIVERSITET



# 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 ?



Norme d'excellence



Enquête sur la couverture déclarée



Enregistrer la couverture enregistrée

EN-BIRTH study: "Gold standard" or "true" coverage assessed by trained clinical data collectors

**OBSERVATION** or **VERIFICATION**

of intervention/practice:  
 -immediate breastfeeding  
 -uterotonics for thirdstage  
 -neonatal bag mask ventilation  
 -kangaroo mother care

of intervention from patient case notes:  
 -antibiotics for presumed severe infection



**FACILITY REGISTER DATA**  
 Routinely aggregated as source data for HMIS e.g. DHIS2

EN-BIRTH study: intervention/practice data extracted by trained data collectors:

Yes +/- details  
 No  
 Not recorded (blank)  
 Not readable

**Research question:** Do routine facility registers give a valid representation of observed maternal and newborn interventions?



**WOMAN'S REPORT EXIT SURVEY**  
 Population-based survey commonly used source for LMIC e.g. DHS and MICS

EN-BIRTH study: intervention/practice report from women at facility exit interview by trained data collectors:

Yes +/- details  
 No  
 Don't know/remember

**Research question:** Do woman's report survey questions give a valid representation of observed maternal and newborn interventions?






# 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

Share

f

🐦

in

📧

+

## 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.

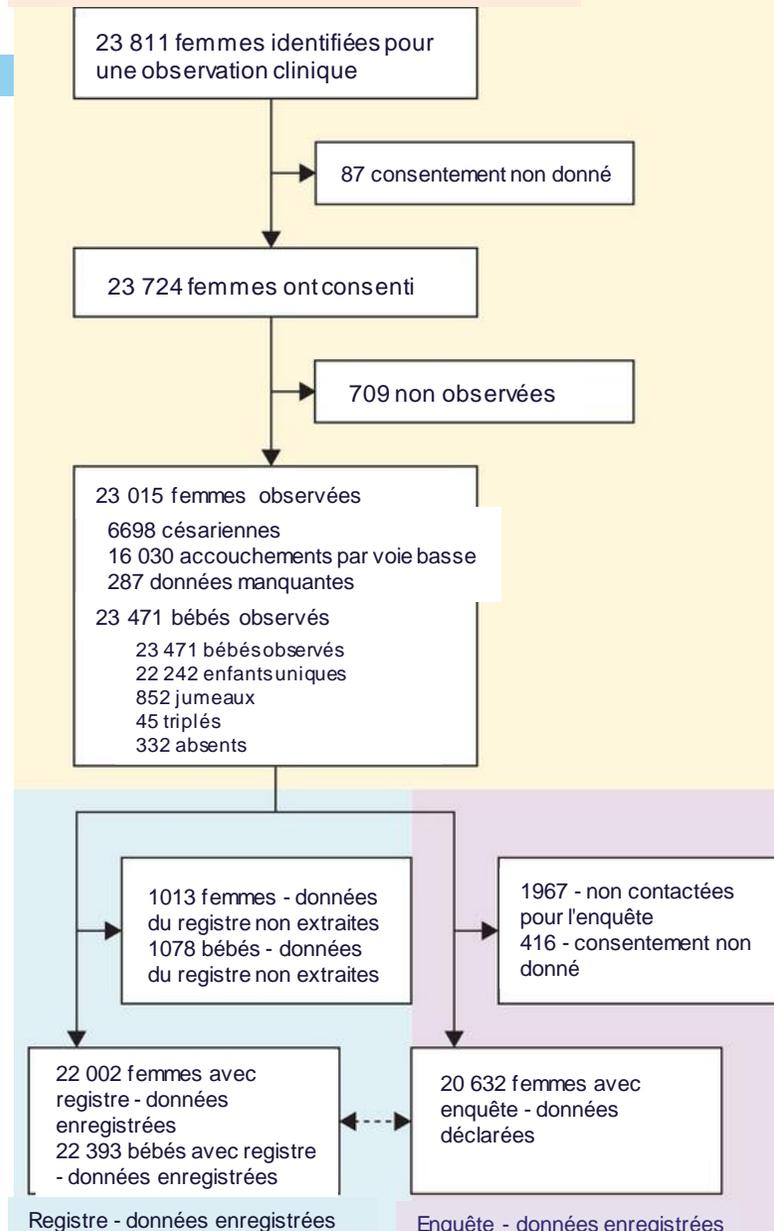
**23 015 naissances observées**

**6 698 césariennes**

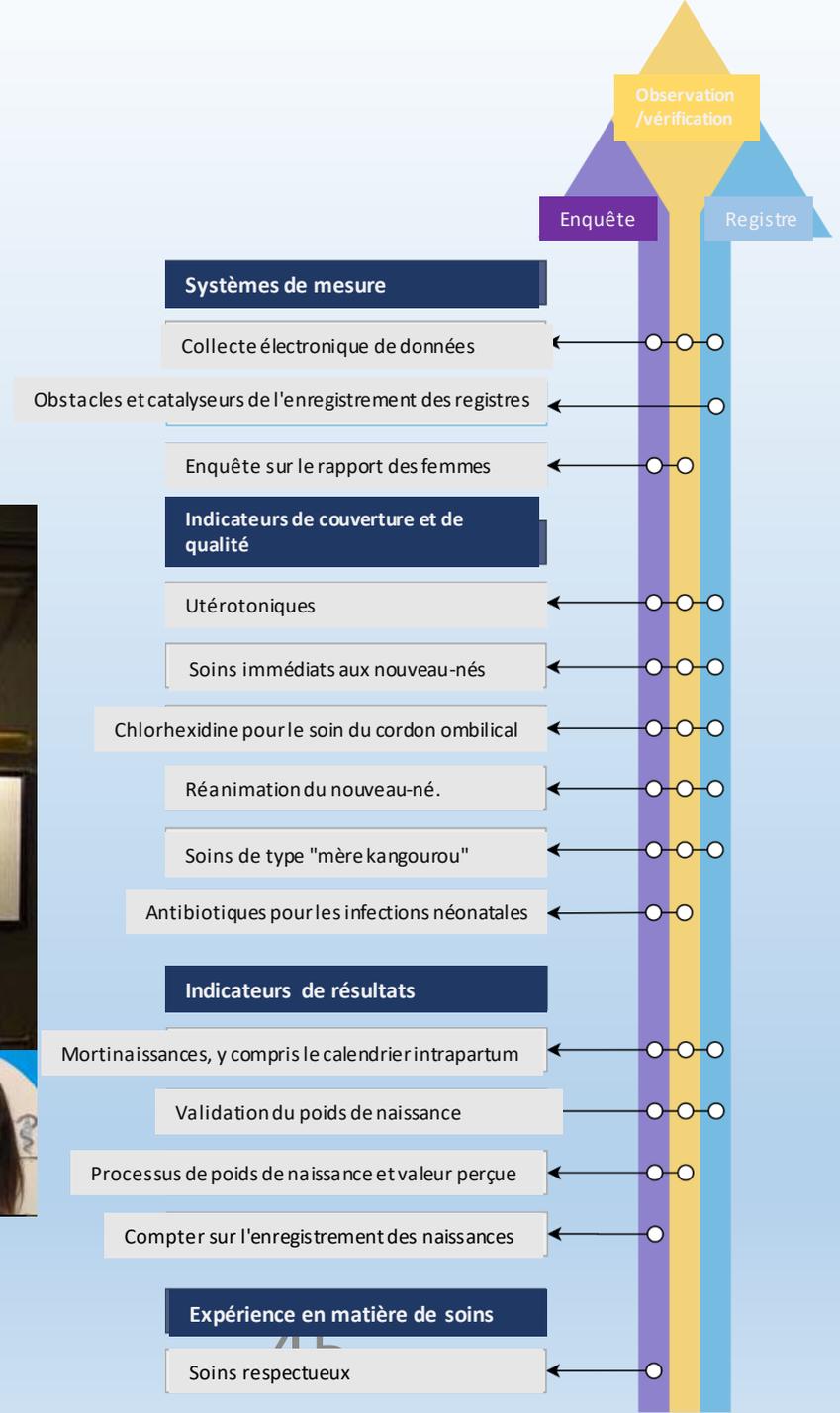
**550 mortinaissances**

## Salle de travail et d'accouchement

Observation clinique (norme d'excellence)



# Analyse EN-BIRTH



Lien avec le doctorat

# Étude de validation EN-BIRTH impliquant plusieurs pa

Observation /vérification

Enquête

Registre

Systemes 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

Peven et al. BMC Pregnancy and Childbirth 2021, 21(Suppl 1):226  
https://doi.org/10.1186/s12884-020-03238-7

BMC Pregnancy and Childbirth

From **Every Newborn BIRTH** multi-country validation study: Informing measurement of coverage and quality of maternal and newborn care

RESEARCH

Open Access

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



Kimberly Peven<sup>1,2</sup>, Louise T. Day<sup>1</sup>, Harriet Ruysen<sup>1</sup>, Tazeen Tahsina<sup>3</sup>, Ashish KC<sup>4</sup>, Josephine Shabani<sup>5</sup>, Stefanie Kong<sup>1</sup>, Shafiqul Armeen<sup>6</sup>, Omkar Basnet<sup>6</sup>, Rajib Halder<sup>7</sup>, Qazi Sadeq-ur Rahman<sup>7</sup>, Hannah Blencowe<sup>1†</sup>, Joy E. Lawn<sup>1†</sup> 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 84% 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 labour ward registers to observation data. We calculated absolute rate differences and individual-level validation metrics (sensitivity, specificity, percent agreement). We assessed misclassification of stillbirths with neonatal deaths. To examine stillbirth appearance (fresh/macerated) as a proxy for timing of death, we compared appearance to observed timing of intrauterine death based on heart rate at admission.

**Results:** 23,072 births were observed including 550 stillbirths. Register-recorded completeness of birth outcomes was > 90%. The observed study stillbirth rate ranged from 3.8 (95%CI= 2.0,7.0) to 50.3 (95%CI= 43.6, 58.0)/1000 total births and was under-estimated in routine registers by 1.1 to 7.3 /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 77.7–86.1%. Percent agreement between observer-assessed birth outcome and register-recorded birth outcome was very high across all hospitals and all modes of birth (> 98%). Fresh or macerated stillbirth appearance was a poor proxy for timing of stillbirth. While there were similar numbers of stillbirths misclassified as neonatal deaths (17/430) and neonatal deaths misclassified as stillbirths (21/36), neonatal deaths were proportionately more likely to be misclassified as stillbirths (58.3% vs 4.0%). Enablers to more accurate register-recording of birth outcome included supervision and data use.

(Continued on next page)

\* Correspondence: Joy.Lawn@shim.ac.uk

†Hannah Blencowe and Joy E Lawn are joint senior authors.

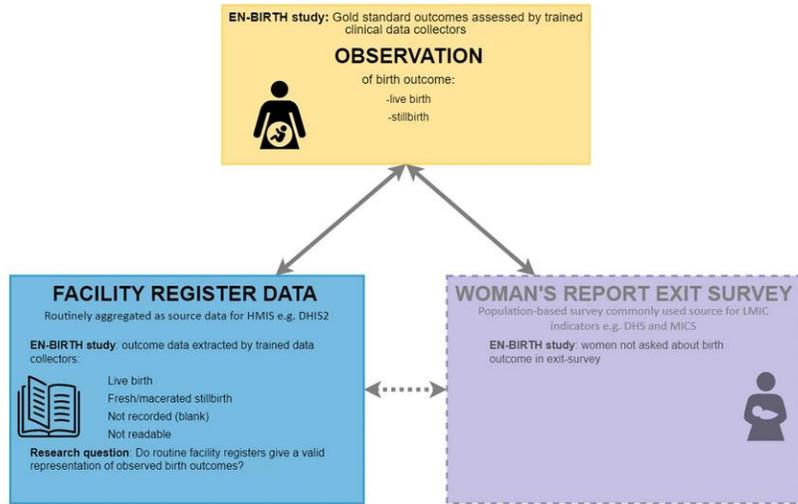
<sup>1</sup>Maternal, Adolescent, Reproductive & Child Health (MARCH) Centre, London School of Hygiene & Tropical Medicine, Keppel Street, London WC1E 7HT, UK  
Full list of author information is available at the end of the article



© 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.

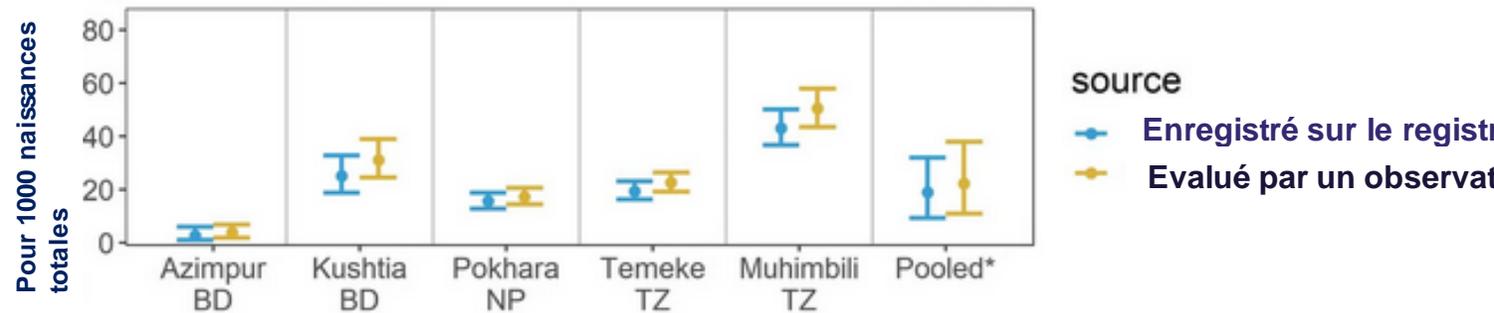
#everynewborn #endstillbirths

# Mortinaissances

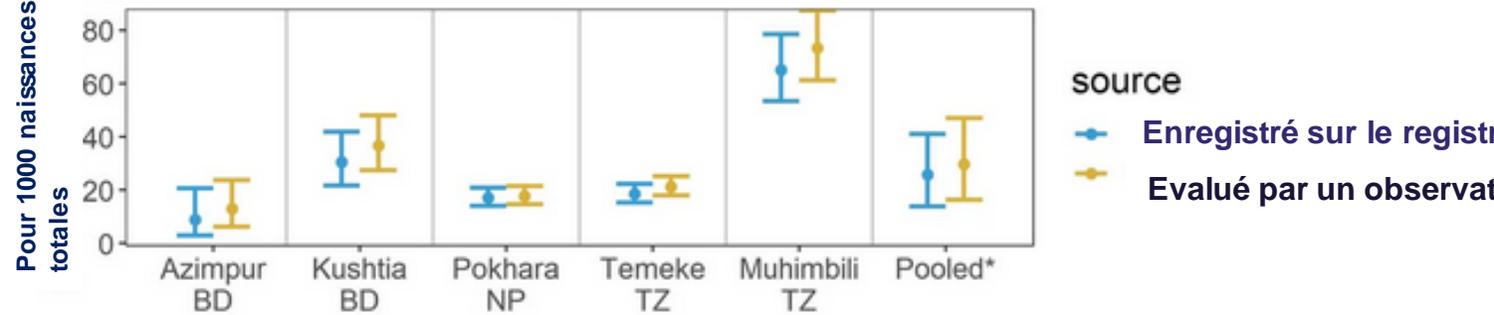


Taux de mortinatalité à l'hôpital:  
5.8 – 50.3/ 1000 naissances totales

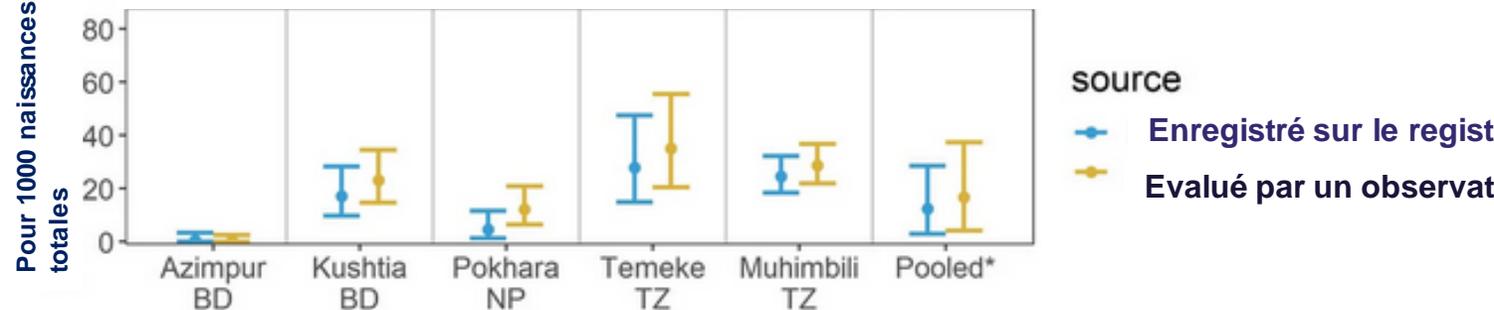
a) Taux de mortinatalité pour tous les modes d'accouchement



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%)



**#everynewborn #endstillbirths**



### 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 ?

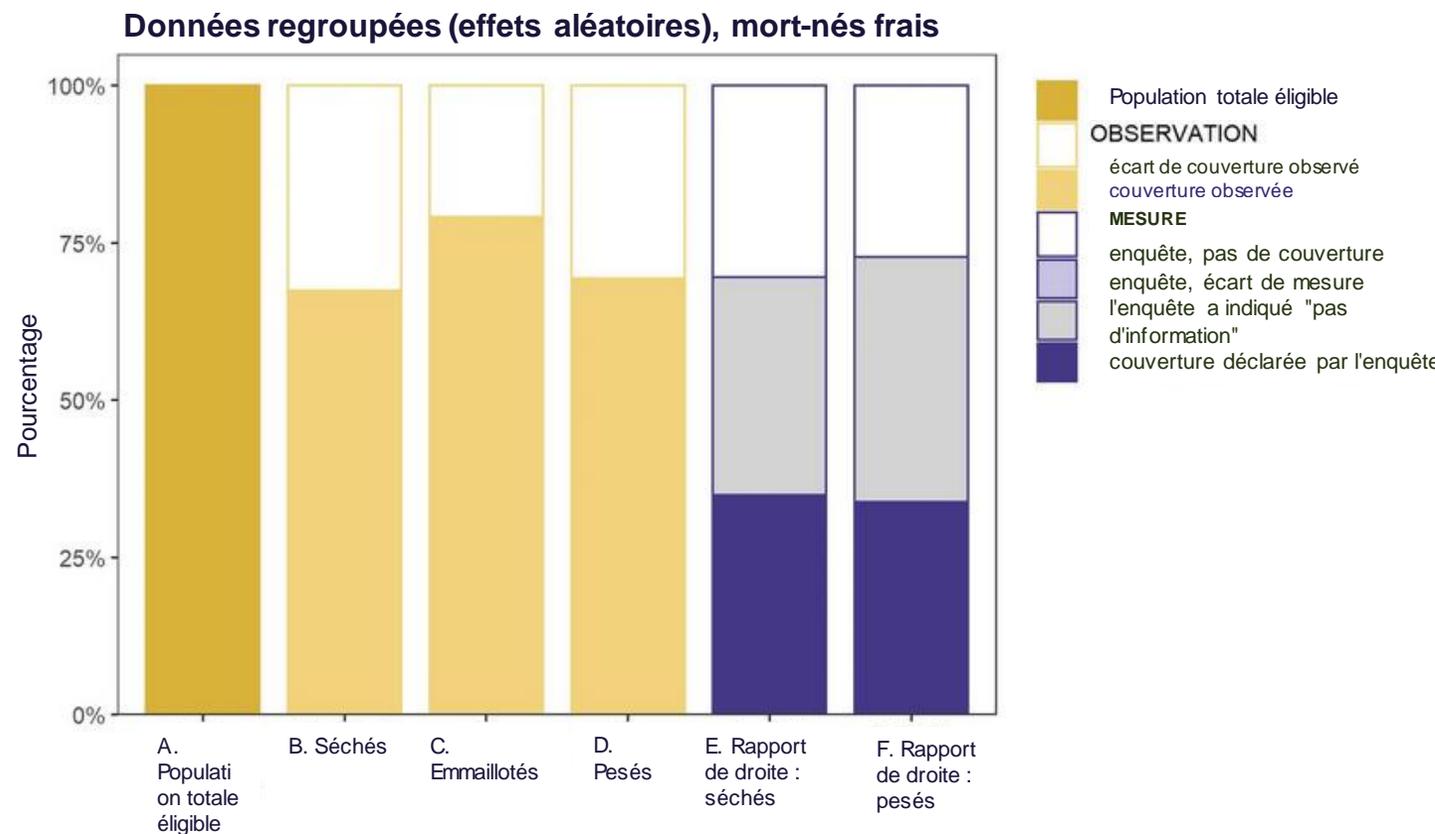
- Intrapartum - cœur fœtal audible à l'admission - 5 - 41% ont été enregistrés comme mort-nés macérés.

**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

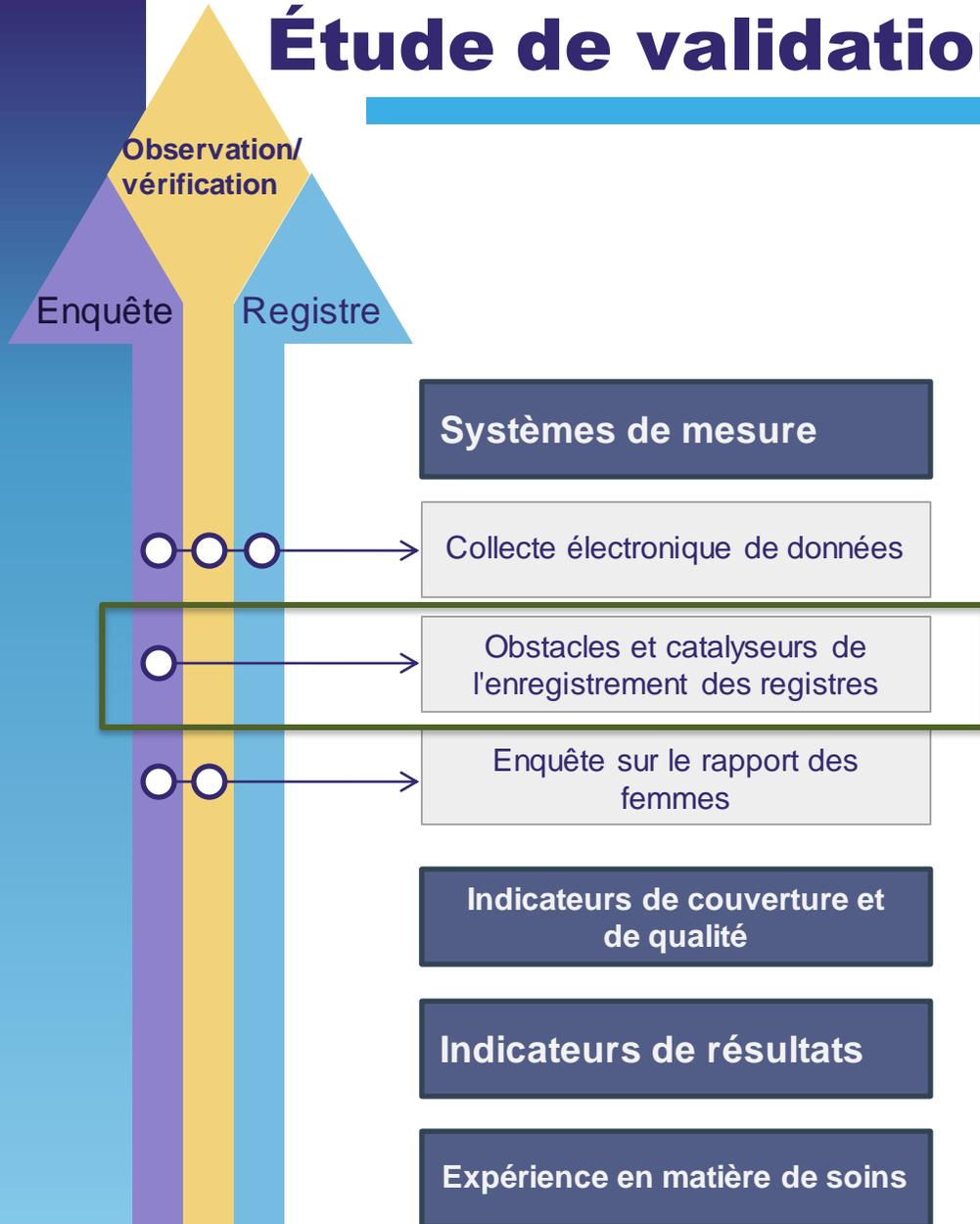
Pour évaluer les questions prioritaires pour chaque intervention en ce qui concerne la couverture

## 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





# La charge d'enregistrement

- De multiples documents dans lesquels les soins sont documentés

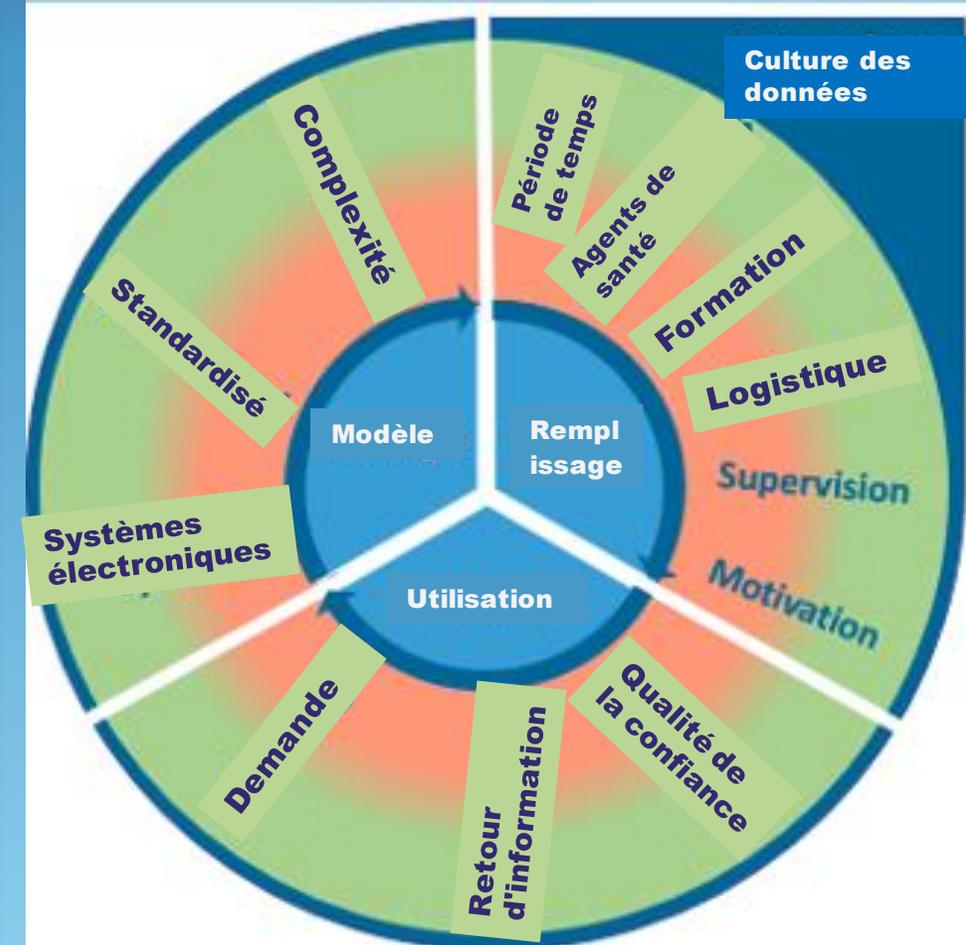






# Obstacles et catalyseurs

- 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.

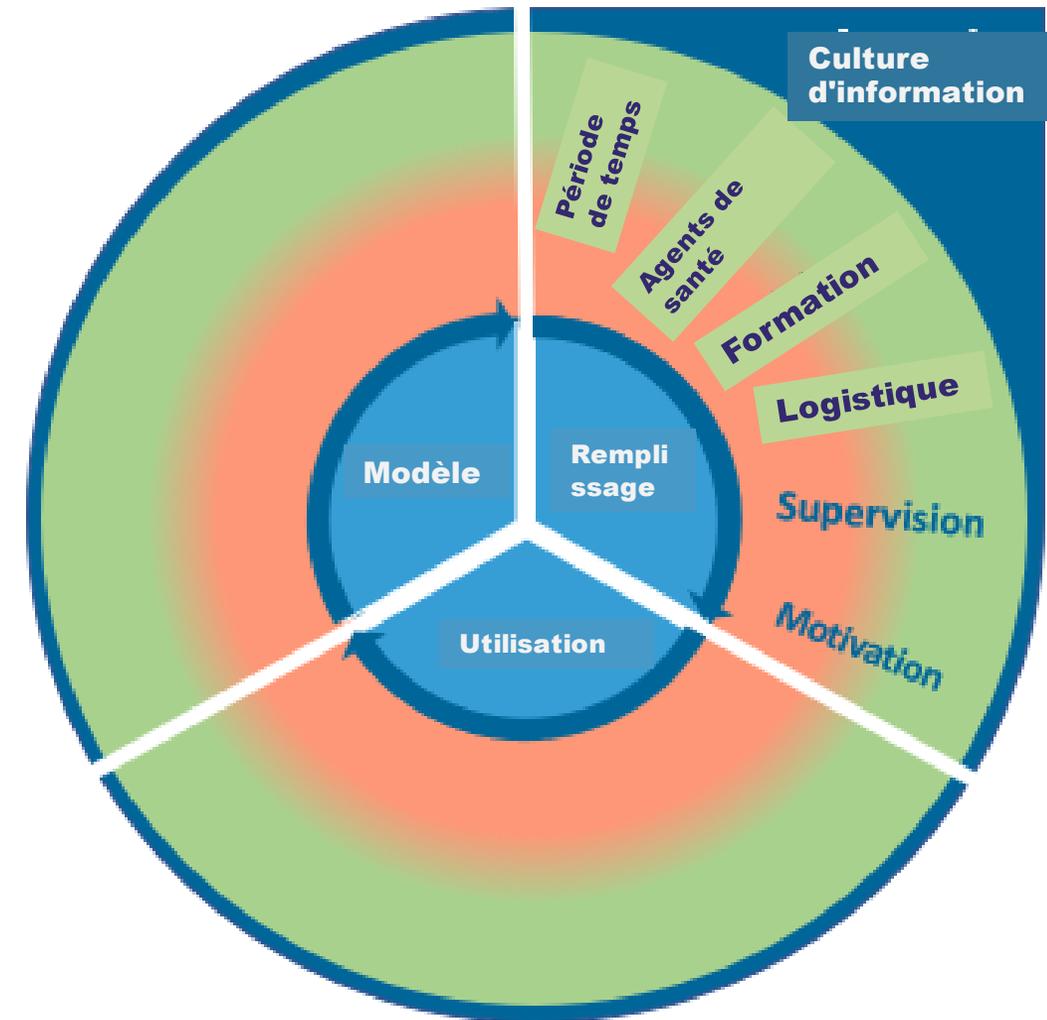




### Période de temps

*“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]*

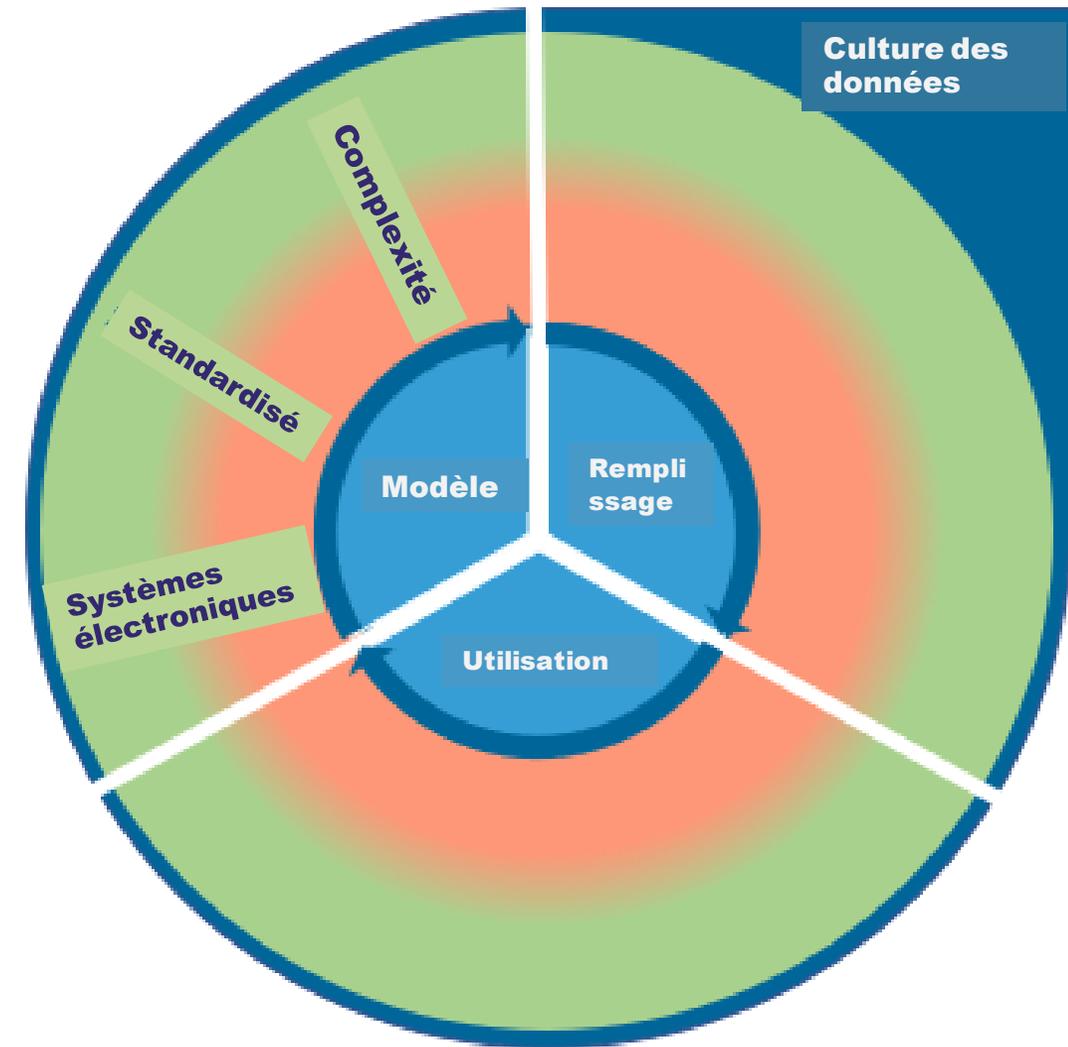


# Modèle de registre

## 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.”*

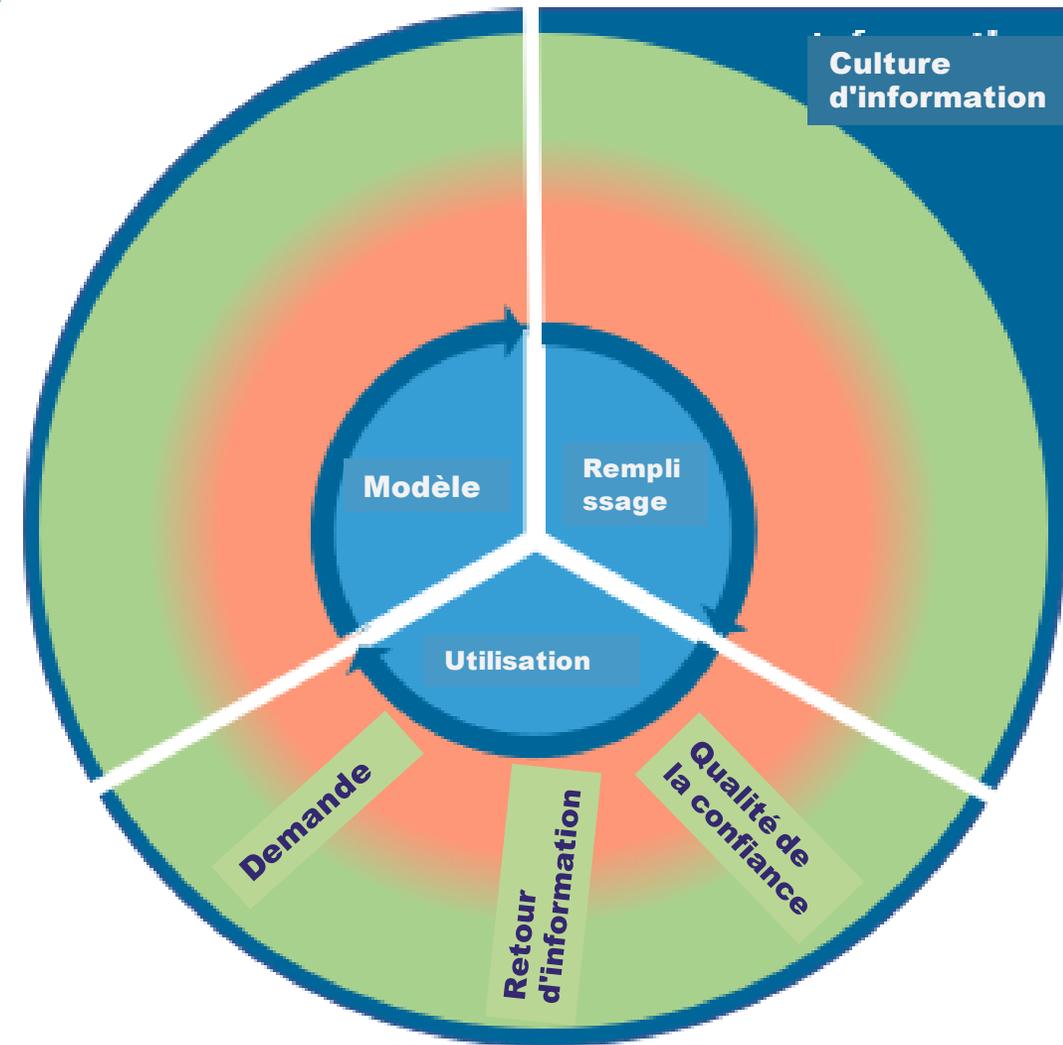
[FGD\_Nurse, MNH, TZ].



# 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 ?

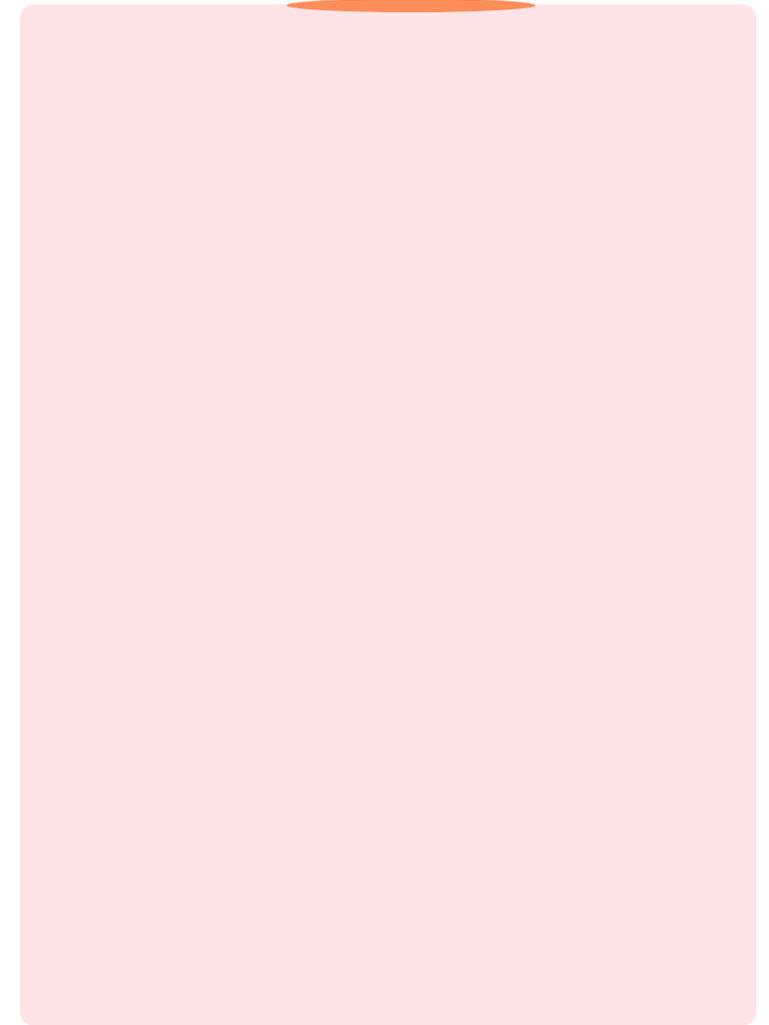
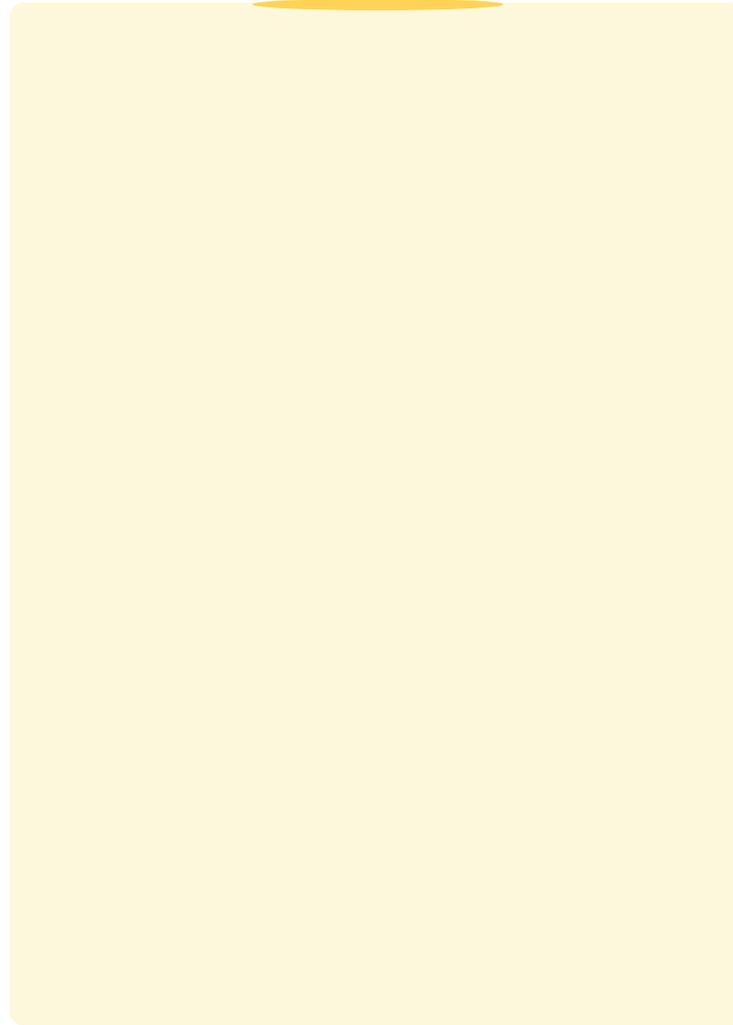
Enquête  
Registre

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

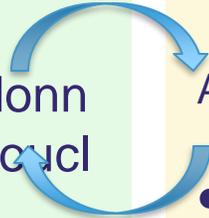
Améliorer la qualité des données



## 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

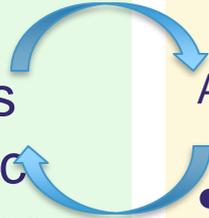
- Modèle standardisé de registre, optimisant les résultats
- Recherche sur la mise en œuvre pour améliorer la qualité des données et des résultats



## 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

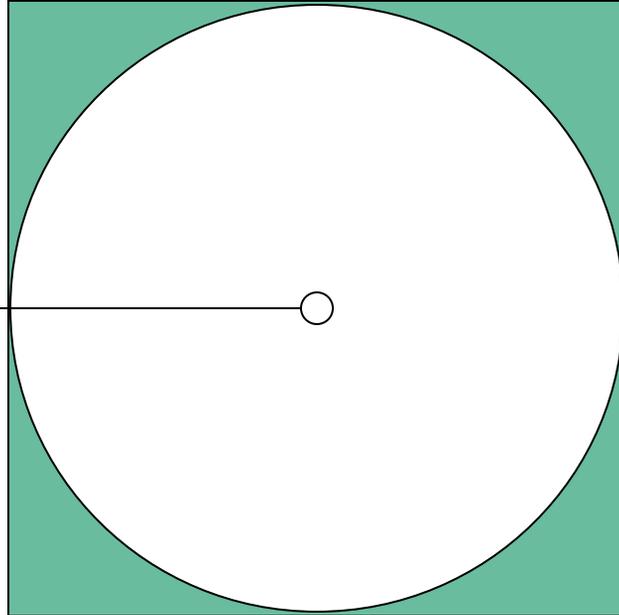




## Les mortinaissances : quelles sont les prochaines étapes et les lacunes en matière de recherche ?

- 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



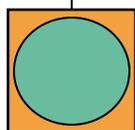
Tanzania

## 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

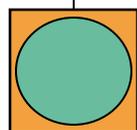
### **Royaume-Uni, LSHTM**

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

### **Data for Impact / UNC**

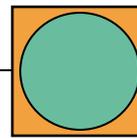
Dr Kavita Singh Ongechi  
Ms Gabriela Escudero

## 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



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 burden countries	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

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

2019



### 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

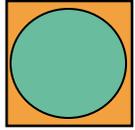
## Groupes consultatifs nationaux :

**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.

Enfin, 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](http://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 ( $\leq 12$  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).

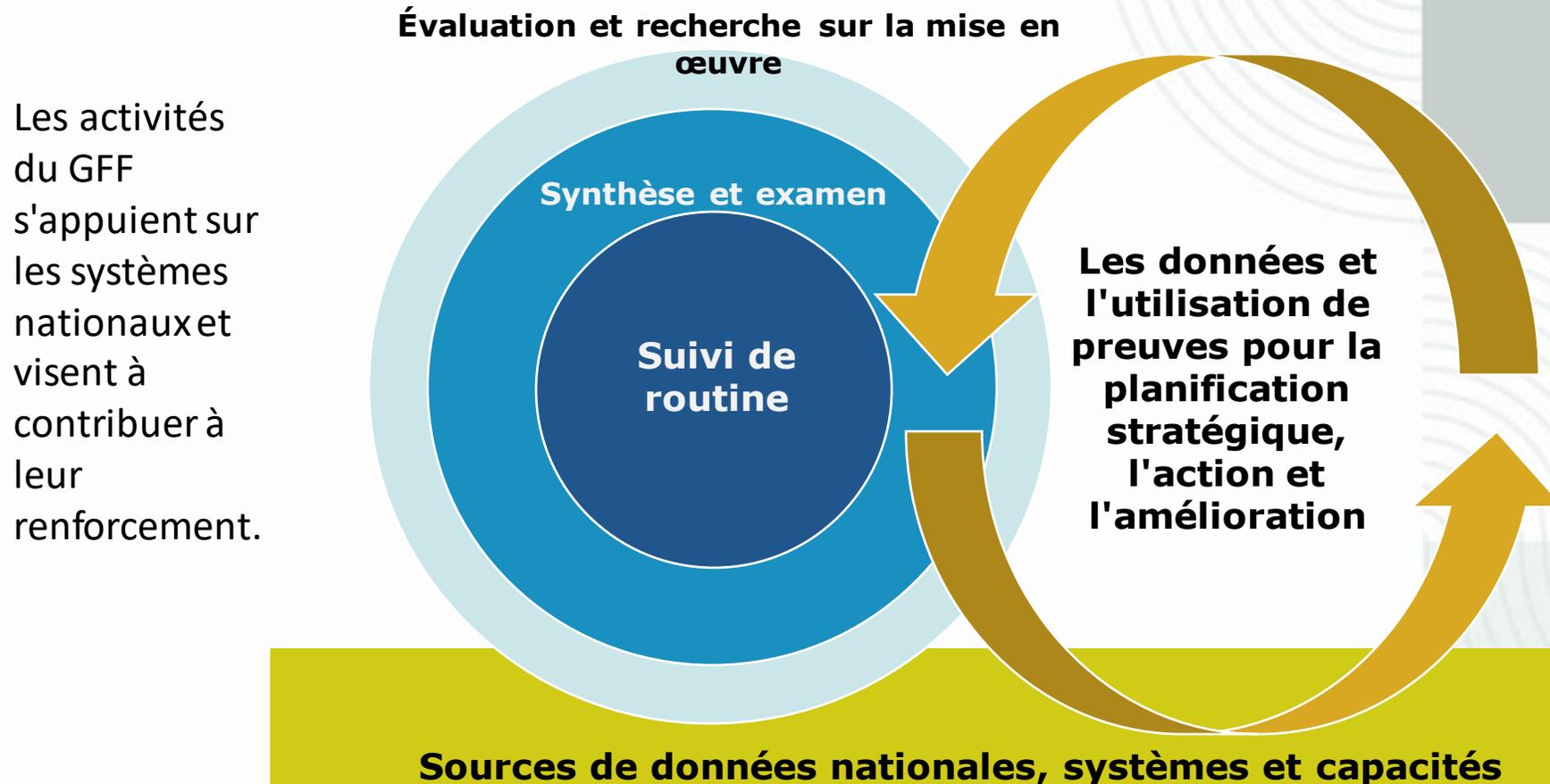
The vision of the RMNCAH investment framework is:

*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.



# 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**

29 juillet 2021



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>



GLOBAL  
FINANCING  
FACILITY

[www.globalfinancingfacility.org](http://www.globalfinancingfacility.org) | ✉ [gffsecretariat@worldbank.org](mailto:gffsecretariat@worldbank.org) | 🐦 @thegff