

6. MESURE DES PROGRÈS

Par où commencer ?

Pour progresser vers les objectifs de réduction et d'équité en matière de mortalité, il faut mener des recherches et recueillir des données. Ce chapitre fournit des ressources et des données sur les causes de décès, ainsi que des conseils sur le suivi des progrès et sur les raisons pour lesquelles il est crucial de compter toutes les mortinaissances.



RESSOURCES

- [L'UN-IGME](#) publie régulièrement des estimations des taux de mortalité néonatale et de mortinatalité. Consultez les [dernières données, les estimations modélisées et les tendances](#).
- Les données relatives à votre contexte peuvent être disponibles auprès de votre système national de surveillance et de réponse aux décès maternels et périnataux ou de votre système de statistiques de l'état civil.

FAITS MARQUANTS

Les estimations nationales et mondiales des causes de décès des enfants nés vivants au cours du premier mois suivant la naissance (décès néonatal) sont disponibles [\(95\)](#).

Parmi les causes importantes de décès néonatal survenant dans tous les contextes, on peut citer les complications liées aux naissances prématurées, les complications liées à l'accouchement (également appelées complications intrapartum) et les causes infectieuses. Dans les contextes de faible mortalité, les anomalies congénitales jouent un rôle de plus en plus important.

Il n'existe actuellement pas d'estimations nationales **et mondiales comparables pour les causes de mortinatalité**, mais les causes importantes comprennent les complications de la grossesse (y compris les affections maternelles telles que les troubles hypertensifs et les hémorragies antepartum) et les complications de l'accouchement associées à l'hypoxie fœtale et aux infections (telles que la syphilis, le paludisme et le streptocoque du groupe B).

Suivre les progrès

- **Renseignez-vous** : votre pays a-t-il défini un objectif de réduction des mortinaissances ? Cet objectif peut être inclus dans son plan ENAP ou dans d'autres plans nationaux.
 - Si ce n'est pas le cas, utilisez l'objectif ENAP, qui consiste à réduire les mortinaissances en fin de grossesse (mortinaissance à 28 semaines ou plus) à 12 ou moins pour 1 000 naissances totales d'ici à 2030, tout en réduisant les inégalités.
- **Renseignez-vous** : les progrès accomplis dans la réalisation de cet objectif font-ils l'objet d'un suivi ?
 - Si ce n'est pas le cas, utiliser des données locales (voir [Ressources](#)) ou des [estimations nationales](#) pour suivre les progrès.

La réalisation des objectifs de l'ENAP dans tous les contextes nécessitera des soins de haute qualité tout au long du continuum. Le suivi des progrès en matière de prévention et de prise en charge de la mortinatalité nécessite donc une compréhension de l'ensemble des soins de santé maternelle et néonatale dans un contexte donné. Cela comprend la couverture des soins tout au long du continuum et les indicateurs de santé connexes, tels que la mortalité maternelle.

RESSOURCES



- Le rapport [Ending Preventable Newborn Deaths and Stillbirths by 2030](#) En finir avec les décès néonataux et les mortinaissances évitables d'ici 2030) fournit des objectifs révisés de couverture de l'ENAP entre 2020 et 2025 (48).
- D'autres indicateurs relatifs à la santé maternelle et néonatale au sens large, tels que les soins prénatals, la présence de personnel qualifié à l'accouchement et le taux de césarienne, sont disponibles auprès de [l'UNICEF](#), de [l'Observatoire de la santé mondiale de l'OMS](#) et du [réseau Healthy Newborn](#) Nouveau-nés en bonne santé).
- Voir [l'Outil d'évaluation de l'équité en santé](#) pour plus de détails et de ressources sur l'équité.
- Le Compte à rebours vers 2030 produit également d'excellents [profils de pays](#) et des [profils d'équité](#) qui peuvent constituer un outil utile pour l'action.

Compter les mortinaissances

Chaque bébé – qu’il soit né vivant ou mort-né – devrait être inclus dans tous les systèmes de données recensant les naissances, avec des informations sur le poids du bébé à la naissance et l’âge gestationnel. Ces données sont nécessaires pour mesurer avec précision les taux de mortalité et suivre les progrès réalisés pour

atteindre les objectifs de réduction des taux de mortinaissances.

Bien que de nombreux mythes subsistent autour du comptage des mortinaissances (voir [Encadré 6.1](#)), la collecte de données sur les mortinaissances est possible dans tous les contextes (voir [Partager ce qui fonctionne](#)). La section suivante fournit des informations et des ressources pour améliorer et utiliser efficacement ces données.

Partager ce qui fonctionne

Grande variation des taux de mortalité rapportés est un défi majeur dans la lutte contre les mortinaissances au Mali. Environ trois bébés sur cinq étant nés à la maison, les lacunes dans la communication des données au niveau communautaire constituent un obstacle important à l’obtention de données exactes. Pour améliorer la notification de ces décès, le ministère malien de la Santé et des Affaires sociales a créé le Guide d’audit périnatal et néonatal avec des normes de rapport de surveillance en 2019. Même s’ils savaient que les problèmes culturels et de recherche de soins entraînaient une sous-déclaration des mortinaissances, les chercheurs en santé publique de la région ont été stupéfaits par le nombre élevé de mortinaissances déclarées chaque semaine. Conscients qu’il ne s’agissait que d’une petite fraction du nombre total de mortinaissances, les nombreux bébés qui sont mort-nés à la maison restant cachés, ces chercheurs cherchent maintenant à renforcer la surveillance de la mortalité périnatale au niveau de la communauté. Au niveau du village, les agents de santé communautaires sont formés à l’utilisation d’un outil électronique pour collecter, enregistrer et communiquer des données en temps réel sur les décès périnataux dans deux districts de santé. Si l’outil s’avère utile, ce système sera mis en œuvre dans d’autres districts de la région.



RÉFLEXION

Les données sur les mortinaissances sont-elles enregistrées dans tous les systèmes de données pertinents dans votre contexte ? Ces données sont-elles de [qualité adéquate \(96\)](#) ? Ont-elles été rapportées dans des tableaux de bord, des rapports ou d’autres plateformes pour éclairer l’action ? Dans l’affirmative, les données sont-elles ventilées de manière appropriée pour fournir des données suffisantes pour l’action ? Les données sont-elles utilisées pour suivre les progrès vers les objectifs de l’ENAP dans votre contexte ?

Définitions et indicateurs

Les définitions standard des mortinaissances sont incluses dans la [Classification internationale des maladies \(CIM-11\)](#) :

ENCADRÉ 6.1 : MYTHES SUR LE COMPTAGE DES MORTINAISSANCES

❌ **MYTHE** : Il n'existe pas de définition standard de la mortinatalité.

✅ **RÉALITÉ** : L'OMS dispose de définitions standard dans le cadre de la [Classification internationale des maladies \(CIM\)](#).

❌ **MYTHE** : Il n'est pas possible de saisir des informations sur les mortinaissances dans les systèmes de données de routine dans les PRITI.

✅ **RÉALITÉ** : Les mortinaissances peuvent être incluses dans tous les systèmes de données qui recensent les naissances vivantes.

❌ **MYTHE** : Il n'est pas important de compter les mortinaissances.

✅ **RÉALITÉ** : Les mortinaissances sont une préoccupation pour les femmes et les familles – et pour mettre fin aux mortinaissances évitables, il faut disposer de données permettant de cibler les actions et de suivre les progrès réalisés. Les taux de mortinatalité sont également des marqueurs importants de l'accès à des soins prénatals et intrapartum de qualité et sont étroitement liés à la mortalité et à la santé maternelles. En raison d'une confusion importante entre les mortinaissances et les décès néonataux, en particulier autour des seuils de viabilité, le comptage des mortinaissances est également essentiel pour suivre la mortalité néonatale.

Naissance vivante : l'expulsion complète ou l'extraction d'un fœtus (hors de la femme), quelle que soit la durée de la grossesse, qui, après cette séparation, présente des signes de vie.

Mort fœtale : le décès d'un fœtus avant l'expulsion ou l'extraction complète hors de la femme. Elle peut être diagnostiquée in utero par l'absence de battements de cœur du fœtus, confirmée par des techniques d'imagerie lorsqu'elles sont disponibles, ou à l'accouchement par l'absence de signes de vie à la naissance ou après une tentative de réanimation.

Mortinaissance : Un bébé né à la suite d'une mort fœtale à 154 jours (22⁺⁰ semaines) ou plus de gestation.

Mortinaissance en début de grossesse : Une mortinaissance à 154–195 jours de gestation (22⁺⁰ à 27⁺⁶ semaines).

Mortinaissance en fin de grossesse : Une mortinaissance à 196 jours ou plus de gestation (≥ 28⁺⁰ semaines).

Mortinaissance intrapartum : Une mortinaissance à la suite d'une mort fœtale intrapartum (survenant pendant le travail ou le processus d'accouchement).

Mortinaissance antepartum : Une mortinaissance à la suite d'une mort fœtale antepartum (survenant avant le début du travail).

Naissances totales : nombre de naissances vivantes plus les mortinaissances.

Taux de mortinatalité :
$$\left(\frac{\text{Nombre de mortinaissances}}{\text{Nombre de naissances totales}} \right) \times 1\,000$$

L'OMS recommande que les informations sur toutes les mortinaissances soient collectées dans les systèmes de données nationaux et que les données sur les mortinaissances en fin de grossesse soient communiquées à des fins de comparaisons mondiales.

© UNICEF/UN0318855/Latif

Deepak Kumar joue un rôle très important en tant qu'opérateur de données à l'unité spéciale de soins aux nouveau-nés (SNCU) de l'hôpital Prabhawati, Gaya, Bihar (Inde). Deepak est chargé de collecter, de rassembler et d'analyser les données qu'il recueille sur chaque cas qui arrive chaque jour à la SNCU, qu'il traduit en données concrètes utilisées par les médecins et le personnel pour répondre aux besoins.



Collecte de données exploitables

Les données relatives aux mortinaissances peuvent être saisies dans tous les systèmes nationaux recueillant des informations sur les naissances, y compris les registres d'état civil et les statistiques vitales (CRVS) et les systèmes d'information de santé de routine. La déclaration des mortinaissances dans un système de CRVS doit garantir que toutes les mortinaissances soient déclarées à l'office statistique chargé de compiler et de diffuser les statistiques de l'état civil, que les mortinaissances soient enregistrées par le biais de l'état civil ou déclarées, sans enregistrement, au ministère de la Santé. Tous les États membres des Nations Unies devraient disposer d'un cadre juridique définissant l'enregistrement continu, permanent, obligatoire et universel des naissances vivantes et l'enregistrement ou la déclaration des mortinaissances à l'état civil ou dans les systèmes de santé, respectivement, conformément aux recommandations convenues au niveau mondial (97). Les données relatives à la mortalité peuvent également être recueillies par le biais d'enquêtes auprès des ménages, mais la sous-déclaration et les problèmes de qualité des données sont fréquents avec cette méthode (96, 98).

Pour garantir la collecte de toutes les données pertinentes permettant de mesurer avec précision

les taux de mortalité, l'OMS recommande que le système de santé enregistre un ensemble minimum de données périnatales pour chaque naissance au centre de soins (voir [Annexe 9](#)). L'enregistrement précis de ces données, y compris le statut vital au début du travail et à la naissance, l'âge gestationnel et le poids à la naissance, est essentiel pour classer correctement les résultats de l'accouchement. L'aspect de la peau « macérée » et « fraîche » ne doit pas être utilisé pour classer le moment de la mort (98). Au lieu de cela, le moment de la mort évalué par le dernier battement de cœur ou mouvement du fœtus devrait être utilisé pour la classification.

La gestion des données sur les mortinaissances pose souvent des problèmes, notamment l'omission d'événements et les erreurs de classification entre les fausses couches et les mortinaissances (qui nécessitent une évaluation précise de l'âge gestationnel et l'application de définitions standard) et entre les mortinaissances et les décès néonataux (qui nécessitent une évaluation précise de l'état vital à la naissance et une tentative de réanimation de tous les bébés non macérés qui ne respirent pas à la naissance). Des évaluations/audits de la qualité des données devraient être régulièrement entrepris pour détecter et résoudre ces problèmes. Pour les données d'enquêtes auprès des ménages, les outils d'autopsie verbale de suivi peuvent être utiles pour évaluer les erreurs potentielles de classification entre mortinaissance et décès néonataux (99).

L'inclusion de tous les bébés – nés vivants et morts – dans un seul système de données est importante, compte tenu de la confusion substantielle entre les mortinaissances et les décès néonataux très précoces. Si les facteurs de risque sous-jacents, les causes de décès et les interventions de santé publique visant à lutter contre la mortinatalité et les décès néonataux très précoces sont similaires, la mortinatalité est associée à une morbidité maternelle accrue et à des besoins de soins de santé qui peuvent différer de ceux des décès néonataux très précoces.

Dans la mesure du possible, des informations sur les facteurs contextuels et contributifs et les causes du décès doivent également être collectées pour guider les interventions ciblées sur les facteurs communs des mortinaissances évitables. L'OMS recommande d'enregistrer une cause de décès pour chaque mortinaissance en utilisant la formulation internationale de la [certification médicale de la cause du décès \(MCCD\)](#). [Pour que chaque enfant compte \(100\)](#), [Maternal and perinatal death and surveillance and response \(MPDSR\) \(101\)](#) les systèmes et l'autopsie verbale fournissent également des informations importantes sur les causes de

décès et les facteurs contributifs, en particulier dans les contextes qui ne bénéficient pas d'une couverture universelle des mortinaissances dans les CRVS (registres d'état civil et statistiques vitales).

Utiliser les données pour agir

Bien que les données relatives à la mortinatalité soient collectées dans la plupart des contextes, elles ne sont pas toujours incluses dans les plateformes de déclaration pertinentes ou disponibles pour informer l'action.

La ventilation des données permet d'identifier les lieux géographiques et les groupes de population qui présentent un fardeau de mortinatalité plus élevé. La ventilation des données permet d'orienter les ressources vers les populations qui en ont le plus besoin. Selon le contexte, la ventilation sera plus ou moins pertinente, mais on peut citer comme exemples le sexe, l'âge gestationnel, le poids à la naissance, l'âge maternel, la situation urbaine/rurale, la région géographique et le type d'établissement.

Partager ce qui fonctionne

Le [Bureau régional de l'OMS pour l'Asie du Sud-Est \(WHO SEARO\)](#) a créé en 2015 un groupe consultatif technique régional chargé de fournir des orientations sur la réduction de la mortinatalité, notamment en fixant des objectifs nationaux et infranationaux, en luttant contre les inégalités et en élaborant des plans d'action nationaux. Ses recommandations ont été incluses dans le [Cadre stratégique régional pour l'accélération de l'accès universel à la santé sexuelle et de la reproduction dans la région de l'Asie du Sud-Est \(2020–2024\)](#) en tant que stratégies clés pour réduire la mortinatalité dans la région. Six des 11 pays de la région ont atteint l'objectif national de l'ENAP 2030 et tous les pays de la région ont inclus la prévention de la mortinatalité dans leur ENAP, tandis que sept pays ont défini des objectifs nationaux pour 2020 et 2025. L'OMS SEARO a également mis en place un registre hospitalier, soutenu les directives nationales sur la MPDSR et les dispositifs de formation dans plusieurs pays et élaboré un programme [virtuel de formation au renforcement des capacités de surveillance et d'intervention en cas de décès maternel](#) en partenariat avec le MOMENTUM Country Global Leadership, le FNUAP et l'UNICEF.

RESSOURCES

Registres d'état civil et statistiques vitales (CRVS)

La mortalité est l'un des 10 faits d'état civil qui devraient être pris en compte dans le cadre d'un système d'enregistrement (CRVS) des naissances continu, permanent, obligatoire et universel.

- Un [rapport de l'OMS et de l'UNICEF \(102\)](#) fournit des conseils opérationnels aux responsables du secteur de la santé, aux officiers d'état civil et aux partenaires du développement afin d'améliorer la déclaration des mortinaissances par le secteur de la santé aux autorités chargées de l'enregistrement des faits d'état civil.
- Le chapitre 5 du document [registre d'état civil, statistiques vitales et gestion des identités \(CRVSID\), \(103\)](#) est également utile.
- Le FNUAP a fourni des conseils spécifiques sur l'intégration de l'enregistrement des données et des statistiques d'état civil (CRVS) et de la surveillance et la réponse aux décès maternels périnataux (MPDSR) dans les contextes de développement et de réponse humanitaire dans son rapport [Reinforcing Civil Registration and Vital Statistics and Maternal and Perinatal Death Surveillance and Response Systems Interlinkages \(Renforcer les liens entre l'enregistrement des faits d'état civil et les statistiques de l'état civil, d'une part, et les systèmes de surveillance et d'intervention en cas de décès maternel et périnatal, d'autre part\) \(104\)](#).

SYSTÈMES D'INFORMATION SANITAIRE DE ROUTINE

- Le document de l'UNICEF intitulé [Stillbirth Definition and Data Quality Assessment for Health Management Information Systems \(Définition de la mortinatalité et évaluation de la qualité des données pour les systèmes d'information pour la gestion sanitaire\) \(96\)](#) fournit des conseils pratiques sur la collecte de données, l'évaluation de la qualité des données et l'amélioration des données pour l'action.

AUDIT ET AUTRES RESSOURCES

- Les documents suivants de l'OMS : [Maternal and Perinatal Death Surveillance and Response \(Surveillance des décès maternels et périnataux et riposte\) \(101\)](#), [Making Every Baby Count Audit Guide \(Pour que chaque bébé compte\) \(100\)](#) et [The WHO Application of ICD-10 to Deaths During the Perinatal Period: ICD-PM \(L'application par l'OMS de la CIM-10 aux décès survenus pendant la période périnatale : CIM-PM\) \(105\)](#) constituent chacun des documents de référence utiles pour soutenir leur mise en œuvre.
- Pour les décès survenant en dehors d'un établissement de santé, l'autopsie verbale et sociale peut également être utilisée, bien que l'autopsie verbale ait une validité limitée dans l'évaluation de la cause de la mortinaissance. Pour des conseils spécifiques, se référer à l'outil d'autopsie verbale de [L'Institute for Health Metrics and Evaluation \(IHME\)](#) et l'annexe 10 du guide d'audit [Making Every Baby Count \(Pour que chaque bébé compte\) \(100\)](#).