

THE LANCET

Janvier, 2016

www.thelancet.com

Mettre fin aux mortinaissances évitables

Sommaire exécutif de la série *The Lancet*



Photo: Suzanne Lee/Save the Children/India

“Inscrits au cœur des programmes de santé publique pour la santé des femmes et des enfants ... les soins prénatals et intrapartum de haute qualité protègent la mère et son bébé, et représentent quatre fois un retour sur investissement, sauvant la vie des mères et des nouveau-nés, prévenant la mortinaissance, et de plus, améliorant le développement de l'enfant.”¹

Le message des titres

- Un nombre élevé de décès évitables: on estime à 2,6 millions le nombre de mortinaissances par année, dont 98% surviennent dans les pays à faible revenu et à revenu intermédiaire et 75% en Afrique sub-saharienne et en Asie du Sud. La moitié de toutes les mortinaissances (1,3 millions) intervient autour de la parturition et de la naissance. La majorité résulte de maladies évitables telles que les infections maternelles (notamment la syphilis et le paludisme), les maladies non transmissibles, et les complications obstétricales. Rares sont celles dues à des troubles congénitaux, mais certaines d'entre elles sont également évitables.
- Lourd fardeau psychosocial et économique sur les familles et les nations: le fardeau de la mortinaissance affecte les femmes, les familles, le personnel soignant, les communautés et la société. Les parents ressentent divers symptômes psychologiques qui persistent souvent longtemps après la mort de leur bébé, mais ces symptômes pourraient être atténués par des services de maternité respectueux, notamment l'assistance aux personnes endeuillées. Environ 4,2 million de femmes vivent une dépression associée à une mortinaissance antérieure. La stigmatisation et les tabous aggravent les traumatismes pour les familles, et le fatalisme entrave la prévention des mortinaissances.
- La plupart des mortinaissances sont évitables avec des améliorations du système de santé: les mortinaissances sont évitables grâce à des soins prénatals et périnatals de haute qualité dans le continuum de soins pour les femmes et les enfants. De tels apports mènent à un retour sur investissements quadruplé en prévenant les décès des mères et nouveau-nés et mortinaissances, et de plus améliorant le développement de l'enfant. Le taux de mortinaissance est un indicateur sensible de qualité et d'équité pour les soins de santé. Dans chaque région, il y a des pays qui font des progrès plus rapides dans la prévention des mortinaissances.
- Opportunités d'intégrer la mortinaissance dans les programmes de santé pour les femmes et les enfants: Ces opportunités doivent être saisies de manière plus systématique. Certaines initiatives, comme le plan d'action multipartite Chaque Nouveau-né, sous l'égide de l'initiative Chaque Femme, Chaque Enfant (EWEC), ont intégré la mortinaissance, par exemple dans les objectifs pour 2030. Les données de suivi sur la mortinaissance ont augmenté. Pourtant, les mentions sur la mortinaissance restent limitées dans les politiques les plus pertinentes, la recherche et le financement, montrant ainsi les occasions manquées d'intégrer et d'agir pour assurer le progrès.
- Les actions prioritaires pour accélérer la réduction des mortinaissances: Ces actions incluent (1) le leadership intentionnel, en particulier celui des décideurs politiques, qui est identifié comme le plus grand défi; (2) augmenter les voix, en particulier celles des femmes; (3) la mise en œuvre des interventions intégrées avec un investissement proportionnel; (4) indicateurs pour mesurer l'impact des interventions et surtout pour surveiller les progrès programmatiques et la qualité des soins; et (5) l'enquête sur d'importantes lacunes en matière de connaissances.

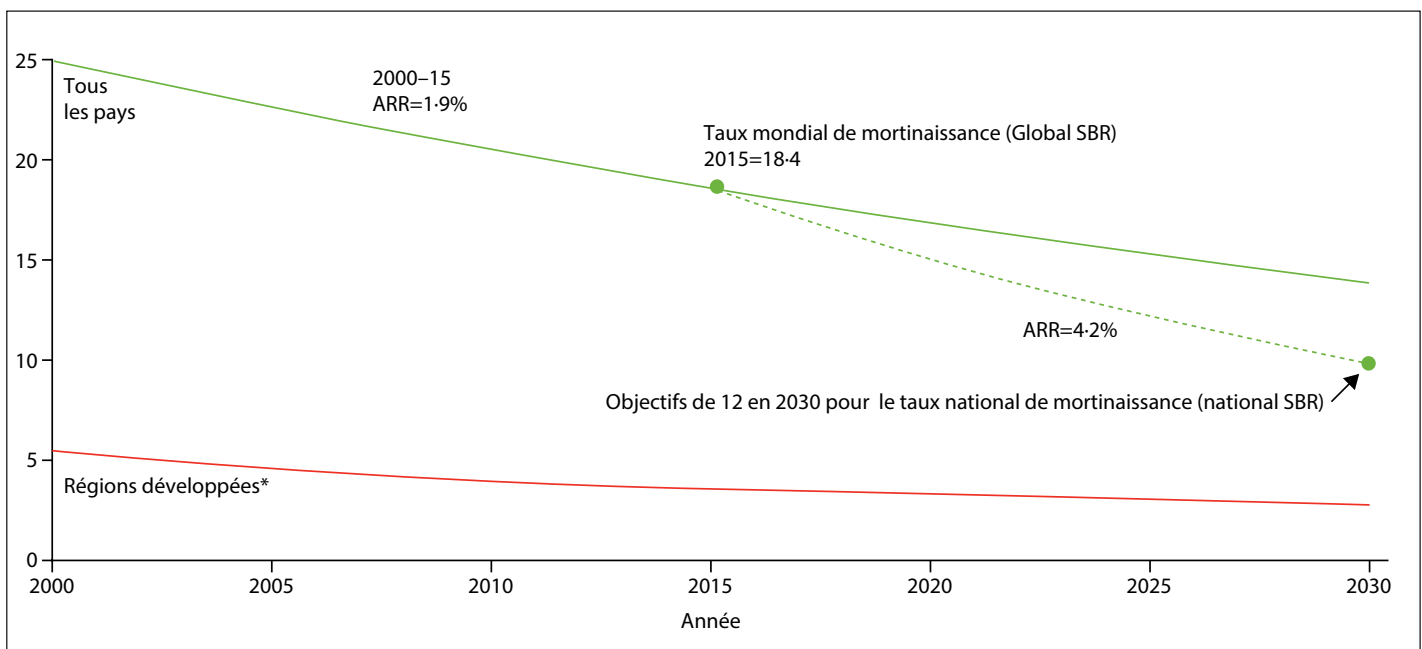


Figure 1: progrès mondiaux vers les objectifs du plan d'action pour Chaque Nouveau-né pour mettre fin aux mortinaissances évitables d'ici 2030²
 ARR= taux moyen annuel de réduction. SBR=taux de mortinaissance.

fixé des objectifs spécifiques pour mettre fin aux mortinaissances évitables, notamment l'Inde, le pays avec le plus grand nombre de mort-nés. La prévention de la mortinaissance est incluse dans la vision de la nouvelle Stratégie mondiale pour la santé des femmes, enfants et adolescents. Les "100 indicateurs sanitaires de base" de l'OMS comprennent le taux de mortinaissance et des progrès ont été accomplis vers la mise en place de lignes directrices et outils d'audit périnataux sous la direction de l'OMS. La disponibilité

de données sur les mortinaissances au niveau des pays a augmenté, avec seulement 38 pays n'ayant pas de données de mortinaissance en 2015 contre 68 en 2009. Le Groupe Inter-agence des Nations Unies pour l'Estimation de la Mortalité Infantile a accepté de surveiller le taux des estimations de mortinaissance pour l'après-2015.

Malgré certains progrès dans les domaines du plaidoyer, l'élaboration des politiques, la surveillance et la recherche, d'importantes lacunes subsistent au niveau des données nécessaires pour suivre la couverture effective des interventions prouvées pour la survie prénatale, ce qui entrave la redevabilité. Il y avait peu d'incitation à inclure la mortinaissance dans les politiques et programmes pour les Objectifs du Millénaire pour le Développement parce que la réduction du taux de mortinaissance n'était pas une cible dans ces objectifs. Une évaluation des plus récents rapports annuels des agences mondiales, des partenariats et des organisations engagées dans la santé de la mère et du nouveau-né montre que la mortinaissance est rarement mentionnée (figure 2). Le financement de la santé des femmes et des enfants a considérablement augmenté depuis 2011, mais seulement quatre projets mentionnent la mortinaissance sur toute la période de financement des 12 ans (2002-13), documentée dans la base

Priorités pour améliorer les données afin d'informer les actions vers 2030^{2,3,4}

- L'enregistrement de toutes les naissances dans les structures de santé, les mortinaissances, les décès maternels, et les décès néonataux doit être amélioré.
- Le taux de mortinaissance devrait être utilisé comme indicateur de qualité des soins pendant la grossesse et l'accouchement, et un indicateur sensible de la force du système de santé.
- Le taux de mortinaissance intrapartum, une mesure directe à l'accès aux soins de qualité intrapartum, doit être collecté et rapporté pour accroître la redevabilité locale.
- Un système mondial de classification et des audits concernant la mortalité périnatale sont nécessaires urgemment pour comprendre les causes et centrer les efforts de prévention.
- L'amélioration des données est particulièrement primordiale pour permettre le suivi du contenu et de la qualité des soins prénatals et intrapartum.

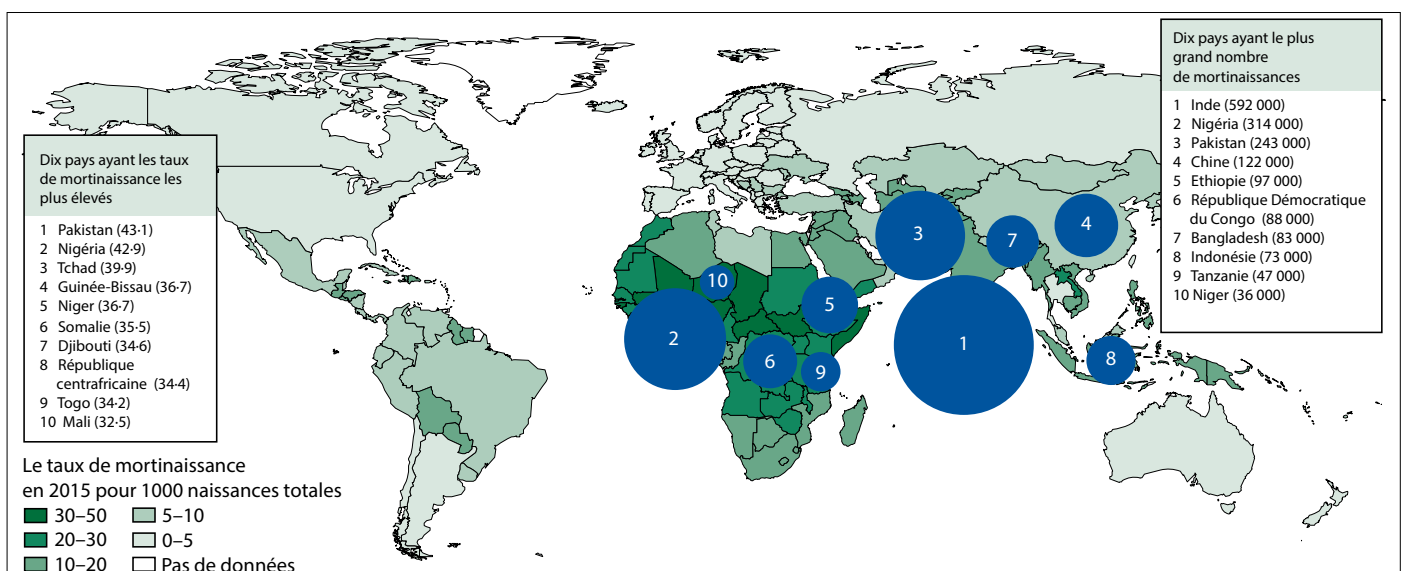


Figure 3: Les pays avec les taux de mortinaissance les plus élevés en 2015 et ceux qui ont les plus grands nombres²
Les cercles bleus sont proportionnels au nombre de mortinaissances.

de données de l'Organisation pour la Coopération Economique et le Développement. La recherche sur la mortinaissance continue à être sous-financée par rapport au poids que représentent les mortinaissances sur la santé dans le monde. Aucune réponse visible n'a été apportée aux appels pour réduire la stigmatisation et les tabous autour de la mortinaissance et améliorer les services d'assurances aux personnes endeuillées, et la mortinaissance ne fait toujours pas partie des cibles et indicateurs des Objectifs de Développement Durable.

Leadership mondial et local: une condition essentielle pour le progrès^{1,5}

Une analyse de réseaux d'organisations en vue d'évaluer les interactions entre les 33 organisations internationales travaillant sur les problématiques de mortinaissance a démontré que le réseau mondial ne fonctionne pas aussi efficacement qu'il le devrait, avec moins de connexions pour la mortinaissance que pour la santé maternelle et néonatale. Le réseau est en expansion, mais est sous-utilisé, sous-financé, et dépend des individus plutôt que des institutions, avec un leadership minimal de la structure principale de gouvernance mondiale des agences des Nations Unies et des partenariats impliqués dans la santé maternelle et infantile. Un leadership fort est nécessaire dans le monde entier et au niveau des pays et des institutions ayant pour mandat de diriger les efforts mondiaux pour les mères et leurs bébés. Les agences des Nations Unies et d'autres groupes internationaux doivent saisir les opportunités de leadership et inclure la mortinaissance dans leur travail quotidien, car cette responsabilité fait partie de leur mission.

Le fardeau mondial des mortinaissances: où, quand, et pourquoi? ^{2,4}

Dans le monde entier en 2015, il y a eu 18,4 mortinaissances pour 1000 naissances totales, par rapport à 24,7 mortinaissances en 2000. Bien

que les taux de mortinaissance ont légèrement diminués, le taux moyen annuel de réduction (ARR) de mortinaissances (2,0%) a été beaucoup plus lent, que ce soit celui de la mère (3.0 %) ou de la mortalité post-néonatale des enfants de moins de 5 ans (4,5%). Au rythme actuel de progrès, plus de 160 années passeront avant que la femme enceinte en Afrique ait la même chance que son bébé naisse vivant comme c'est le cas aujourd'hui pour une femme dans un pays à revenu élevé.² Dans chaque région, il y a des pays qui progressent plus rapidement pour prévenir les mortinaissances. Même entre les pays à revenu élevé, le taux de mortinaissance (au troisième trimestre) varie considérablement, allant de 1,3 à 8,8 pour 1000 naissances, ce qui montre qu'il est possible d'obtenir plus de réduction, avec six pays ayant un taux de mortinaissance de 2,0 ou moins pour 1000 naissances.⁴

La plupart des 2,6 millions de mortinaissances dans le monde chaque année a lieu dans les pays à faible revenu et à revenu intermédiaire (98%), dont les trois quarts en Afrique subsaharienne et en Asie du Sud. Environ 60% se produisent dans les zones rurales et plus de la moitié dans les zones de conflit et d'urgence, ce qui affecte les familles les plus mal desservies par les systèmes de santé.²

"...Beaucoup de femmes m'ont dit que la mort de mon fils était probable... la nature même se charge des imperfections..."

(Père d'un bébé mort-né, Canada)

"Je ne pouvais pas bien enterrer mon enfant parce que je manquais de moyens financiers; cela me fait mal aujourd'hui parce que je n'ai pas pu lui offrir une tombe."

(Mère d'un bébé mort-né, Allemagne)

"Les hommes ressentent [la douleur d'un enfant mort-né], peut-être [la femme] a quelques démons... peut-être qu'elle est une femme qui attire la malchance... cela peut provoquer la rupture du mariage et aussi l'anxiété..."

(Père d'un bébé mort-né, Ouganda)



Mel Scott et son fils Finley

La moitié des mortinaissances survient pendant le travail - 1,3 million chaque année. Ces décès se produisent surtout chez les nourrissons qui sont nés à terme et qui auraient été supposés survivre. Bien que la plupart des mortinaissances ait lieu dans les structures de santé, plus de 40 millions de femmes accouchent sans surveillance à la maison chaque année. Il existe d'importants écarts d'équité en ce qui concerne la couverture des soins intrapartum, en particulier pour les accouchements à domicile en Afrique et en Asie.

La croyance selon laquelle beaucoup de mortinaissances sont inévitables en raison d'anomalies congénitales est très répandue, mais celles-ci représentent une moyenne de seulement 7,4% de mortinaissances après 28 semaines². Les principaux facteurs de risque de mortinaissance sont bien connus et se chevauchent souvent, notamment l'âge maternel > 35 ans, les infections maternelles, les maladies non transmissibles et les facteurs de nutrition et de mode de vie. Les mortinaissances sont également souvent associées à la restriction de croissance fœtale, au travail prématuré, la grossesse post-terme, et aux soins sous-optimaux. Dans les pays à revenu élevé, 90% des mortinaissances surviennent dans la période ante-partum, souvent associée à des facteurs de mode de vie évitables tels que l'obésité et le tabagisme, et les soins prénatals sous-optimaux, y compris l'impossibilité d'identifier les bébés à risque.⁴

Des soins prénatals améliorés, culturellement appropriés ainsi que le planning familial, l'éducation, et la réduction de la pauvreté peuvent aider à réduire les facteurs de risque et améliorer la santé des mères et des bébés.

La mortinaissance: un lourd fardeau pour la société ^{3,4}

Risque le plus élevé pour les familles les plus pauvres⁴

Dans tous les pays, le risque de mortinaissance est plus élevé pour les populations les plus marginalisées.

Le désavantage social est associé à un double risque de mortinaissance dans les pays à revenu élevé⁴, un impact qui est susceptible d'être encore plus élevé dans les pays à faible revenu et à revenu intermédiaire. Cette disparité reflète les inégalités structurelles, notamment le racisme et l'inégalité systémique des opportunités. Une approche basée sur les droits aux soins de santé universels doit inclure les femmes et les familles les plus pauvres et leurs bébés.

La stigmatisation, le tabou, et le fatalisme doit être contestés^{3,4}

La mortinaissance reste cachée de la société. Se priver d'extérioriser son chagrin est fréquent, ceci étant, la douleur que ressentent les parents après la mort de leur enfant n'est pas un comportement justifié ou accepté par les professionnels de la santé, leur famille ou la société. Dans une enquête réalisée pour cette Série, environ la moitié des 3503 parents endeuillés ressentent que pour leur communauté «les parents devraient essayer d'oublier leur bébé mort-né et avoir un autre enfant». Beaucoup de parents cachent leur chagrin en public. Les femmes dont les bébés sont des mort-nés en particulier se sentent stigmatisées, socialement isolées, moins valorisées par la société et, dans certains cas, sont soumises à des abus et des actes de violence. La stigmatisation et le traumatisme aggravent les tabous pour les familles, et le fatalisme, entrave les progrès en matière de prévention de la mortinaissance.^{3,4} Ces misconceptions négatives doivent être contestées à travers la sensibilisation et l'éducation menées par les organisations professionnelles dans les communautés et la société. Les organisations parentales en collaboration avec les professionnels de santé constituent un mécanisme efficace pour lutter contre la stigmatisation et le fatalisme par rapport à la mortinaissance.⁴

Les coûts directs, indirects et intangibles³

La mortinaissance a des conséquences de grande portée pour les parents, les prestataires de soins, les communautés et la société, souvent négligées et sous-estimées. Les symptômes psychologiques négatifs sont fréquents chez les parents endeuillés,

et souvent durent des années après la mort de leurs bébés. Environ 4,2 millions de femmes vivent avec une dépression associée à une mortinaissance³. Beaucoup d'autres sont affectées par des coûts significatifs so-disant intangibles. Les prestataires de soins sont aussi profondément affectés à la fois personnellement et professionnellement, car ils éprouvent culpabilité, colère, anxiété et tristesse, ainsi que la peur des litiges et des mesures disciplinaires. Les données disponibles indiquent que le coût financier direct d'une mortinaissance est 10-70% plus élevé que le coût d'une naissance vivante³. Les coûts de la prestation de soins de santé peuvent être pris en charge par les compagnies d'assurance, le gouvernement ou à la charge entière des parents. Les coûts des funérailles et de l'inhumation ou la crémation du bébé sont généralement payés par les parents. Les parents peuvent perdre des revenus pour s'être absentés du travail, avoir réduit les heures de travail, ou la productivité. Les données de l'enquête montrent que les parents peuvent être productifs qu'à 26% par rapport à la productivité normale 30 jours après la mortinaissance de leur bébé, augmentant ainsi de seulement 63% la productivité normale après 6 mois³. Les immenses coûts de la mortinaissance doivent être

pris en compte pour déterminer si les interventions visant à prévenir la mortinaissance sont rentables.

Réduire l'impact de la mortinaissance: assistance aux personnes endeuillées et soutien social

Le comportement empathique au cours de toutes les rencontres entre parents endeuillés et prestataires de soins peut minimiser les coûts émotionnels et psychologiques supplémentaires, à la fois immédiatement et à plus long terme après la mortinaissance d'un bébé. L'assistance immédiate et respectueuse aux personnes endeuillées, devrait faire partie de la pratique courante de tous les professionnels de santé, notamment encourager les femmes à regarder et porter leurs bébés et créer des souvenirs ; ces méthodes ont toutes été prouvées utiles dans la maximisation du bien-être³ des parents. Tous les personnels de santé qui dispensent des soins à la naissance dans tous les contextes doivent avoir reçu une formation sur la manière d'offrir des services d'assistance respectueux aux personnes endeuillées après des mortinances, et aussi des décès maternels et néonataux; et ils doivent eux-mêmes avoir accès à un soutien après un décès.

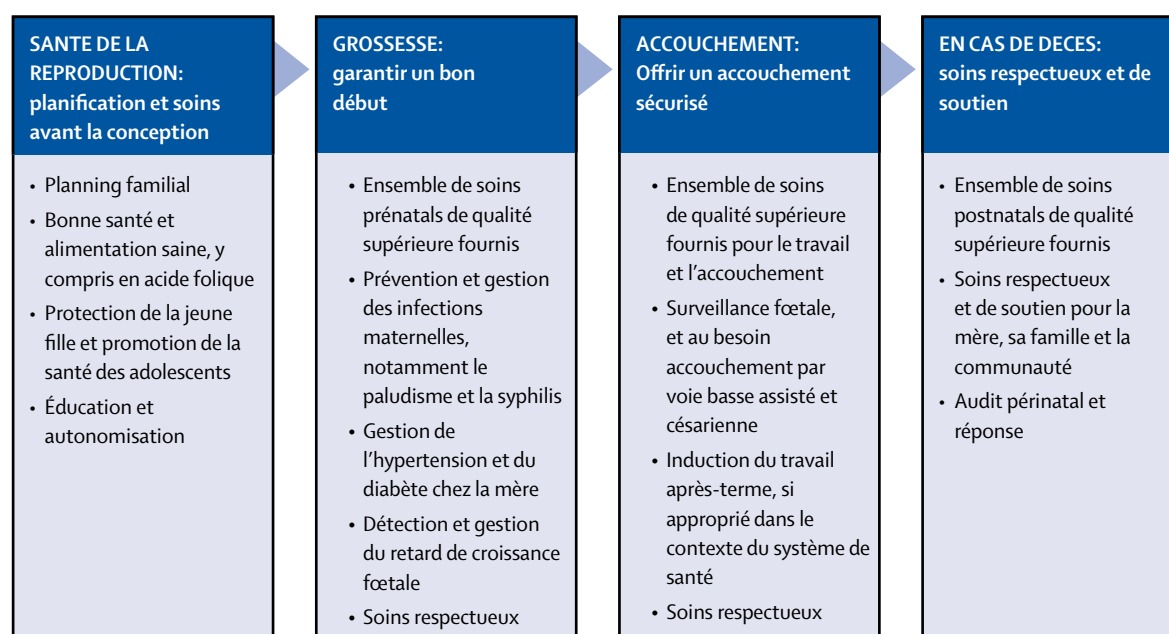


Figure 4: La prévention et la réponse de la mortinaissance dans le continuum des soins de la santé et survie de l'adolescent, la mère, le nouveau-né et l'enfant⁵

Horizon 2030: une approche intégrée pour résoudre les mortinaissances ⁵

Cette série présente un appel renouvelé à l'action pour mettre fin aux mortinaissances évitables (tableau 1) dans le cadre de soins de santé intégrés. La mise en œuvre des Objectifs de Développement Durable et la Stratégie mondiale pour la santé pour des femmes, enfants et adolescents, sera maximisée en prenant en compte, en intégrant et en comptant les mortinaissances. La communauté mondiale de la santé, les dirigeants des pays, les femmes et les hommes doivent admettre que la mortinaissance et ses conséquences qui sont en grande partie évitables, en collaborant plus efficacement et en élevant leurs voix de manière collective pour briser le silence et de réduire la stigmatisation et les tabous.

Une mise en œuvre intégrée pour plus d'impact

La prévention et la réponse de la mortinaissance ne peuvent pas être un problème autonome et nécessitent une approche programmatique intégrée. L'omission de la mortinaissance dans les agendas revient à dissimuler et réduire le potentiel des programmes de santé pour les femmes et les enfants. Les revues des interventions nécessaires pour aborder les questions de santé et survie maternelle et néonatale montrent l'importance d'une approche intégrée dans le cadre des soins de qualité à travers le continuum (figure 4). En même temps, certaines interventions fondées sur des preuves ont un meilleur impact sur les mortinaissances - par exemple, le traitement de la syphilis pendant la grossesse pourrait prévenir plus de 7,7% de mortinaissances (ou plus de 200 000 mortinaissances), bien qu'on note moins d'impact sur les décès néonataux ; et la surveillance de la fréquence cardiaque du fœtus et le suivi du travail sont déterminants pour prévenir 1,3 millions de mortinaissances intrapartum ainsi que la réduction des décès néonataux. Le fait que les mortinaissances ne sont pas recensées pourrait être

une raison pour laquelle ces deux interventions n'ont pas reçu l'attention qu'elles méritent. Une analyse du Lives Saved Tool (connu sous le nom LIST) a indiqué que l'intensification des interventions prénatales et intrapartum, dans les 75 pays les plus touchés, pourrait prévenir annuellement 823 000 mortinaissances, 1 145 000 décès néonataux et 166 000 décès maternels, avec une couverture universelle d'ici 2030 à un coût annuel supplémentaire de 2150 \$US pour chaque vie sauvée.³ L'investissement additionnel est capital pour assurer la prestation de soins respectueux pour la mère et le bébé, y compris après un décès.

Cette Série présente trois critères pour évaluer si les mortinaissances sont effectivement intégrées dans les initiatives au niveau national et mondial pour la santé des femmes et des enfants: (1) est-ce que la mortinaissance est incluse dans les rapports sur le poids de la mortalité maternelle, néonatale et infantile? (2) est-ce que les soins prénataux et intrapartum de haute qualité sont inclus dans les interventions spécifiques destinées à prévenir les mortinaissances? (3) Est-ce que les mortinaissances sont suivies à partir d'une cible ou un indicateur de résultats, ou les deux?

Tableau 1: Appel à l'action pour mettre fin à mortinaissances évitables⁵**Objectifs de mortalité d'ici 2030 (inclus dans le Plan d'action pour chaque nouveau-né)**

- 12 mortinaissances ou moins pour 1000 naissances totales dans tous les pays.
- Tous les pays fixent et atteignent les objectifs pour réduire les écarts d'équité et utilisent les données pour suivre et prévenir les mortinaissances.

Les objectifs de la couverture maladie universelle

- Le planning familial: d'ici 2020, 120 millions de plus de femmes et de filles ont accès aux produits contraceptifs; d'ici 2030, l'accès universel aux services de santé sexuelle et reproductive et l'intégration de la santé de la reproduction dans les stratégies et programmes nationaux.
- Les soins prénatals: d'ici 2030, des soins universels de qualité et des soins prénatals complets pour toutes les femmes.
- Soins pendant le travail et l'accouchement: d'ici 2030, les soins intrapartum efficaces et respectueux envers toutes les femmes dans tous les pays.



Photo: © Photo Tagaza Djibo/UNFPA/Niger

Étapes clés

- Toutes les étapes au niveau mondial et national de Chaque Nouveau-né d'ici 2020 doivent être atteintes, notamment la Feuille de Route pour l'Amélioration des Mesures.
- Soins respectueux, y compris l'assistance aux personnes endeuillées après un décès: d'ici 2020, un consensus mondial sur un paquet de soins après un décès lié à la grossesse ou l'accouchement pour les familles touchées, la communauté et le personnel de santé dans tous les milieux.
- Réduire la stigmatisation: d'ici 2020, tous les pays doivent identifier les mécanismes pour réduire la stigmatisation associée à la mortinaissance entre tous les intervenants, en particulier le personnel de santé et les communautés.

Les actions prioritaires pour changer la tendance des mortinaissances

LEADERSHIP INTENTIONNEL:	Maximiser le leadership existant; s'assurer que les organisations mondiales intègrent la mortinaissance lorsqu'ils agissent pour les femmes et les enfants, impliquer intentionnellement les parents et encourager les champions.
AUGMENTER LES VOIX, en particulier chez les femmes:	Autonomiser les femmes pour qu'elles exigent une bonne qualité de vie et de soins de santé, et soutenir les personnes touchées par une mortinaissance à élever leur voix pour le changement; élaborer des protocoles culturellement appropriés pour les soins respectueux après le décès; réduire la stigmatisation.
MISE EN ŒUVRE des interventions intégrées avec des investissements proportionnels:	Assurer des soins de haute qualité pour toutes les femmes pendant la grossesse, le travail et l'accouchement, et après la mortinaissance; mettre l'accent sur les interventions d'impacts les plus élevés, en particulier les soins intrapartum dans les contextes les plus affectés; résoudre les goulots d'étranglement du système de santé, notamment la nécessité d'avoir un personnel de santé qualifié, en particulier les sages-femmes; augmenter le financement et l'innovation à la hauteur de l'ampleur des 2,6 millions de décès par an; promouvoir ces actions dans les processus aux niveaux mondial, régional et national en appui à la Stratégie mondiale pour la santé des femmes, des enfants et des adolescents.
INDICATEURS POUR MESURER L'IMPACT et suivre les progrès:	Compter chaque grossesse et chaque bébé, y compris les mortinaissances, notamment en améliorant les statistiques démographiques et les enregistrements à l'état civil (CRVS); intégrer des composantes spécifiques à la mortinaissance dans les plans concernés pour l'amélioration des données, en particulier pour suivre la couverture programmatique et la qualité, ainsi que la prévention de la mortinaissance et le soutien post-mortinaissance; remplir et utiliser les outils d'audit périnataux et un système mondial de classification.
ENQUÊTE sur les importantes lacunes en matière de connaissances:	Comblar les lacunes en matière de connaissances en établissant des priorités de recherche liées à la prévention de mortinaissance et du soutien aux personnes endeuillées, y compris la découverte scientifique, la recherche translationnelle et la recherche appliquée pour stimuler l'innovation; développer les capacités de recherche.



Photo: Colin Croley/Save the Children

Tableau 2: action nécessaire dans les pays à revenu élevé ⁴

- Surveiller et traiter les déterminants sociaux du bien-être maternel et fœtal dans tous les pays, y compris les stratégies visant à réduire l'obésité et le tabagisme chez les femmes en âge de procréer.
- Mettre en œuvre un audit périnatal de qualité et à grande échelle au niveau national
- Offrir à tous les parents d'un enfant mort-né une autopsie de qualité et une histopathologie placentaire effectuée par un pathologiste périnatal qualifié
- Fournir une formation en assistance aux personnes endeuillées à tous les prestataires de soins
- Entreprendre des recherches pour améliorer les prévisions de mortinaissance, avec un accent particulier sur les voies placentaires de mortinaissance et les voies causales de mortinaissance inexpliquée
- Éliminer la stigmatisation et le fatalisme liés à la mortinaissance, à travers des partenariats entre parents et prestataires de soins, l'éducation et l'action au niveau communautaire.

Pour plus d'informations

The Lancet
Ending preventable stillbirths
Series 2016:
[www.thelancet.com/
series/everynewborn](http://www.thelancet.com/series/everynewborn)

The Lancet
Every Newborn Series 2014:
[http://www.thelancet.com/
series/everynewborn](http://www.thelancet.com/series/everynewborn)

The Lancet
Midwifery Series 2014:
[http://www.thelancet.com/
series/midwifery](http://www.thelancet.com/series/midwifery)

Références

Tous les articles et les commentaires sont disponibles sur www.thelancet.com

- 1 Frøen JF, Friberg IK, Lawn JE, et al, for The Lancet Ending Preventable Stillbirths Series study group. Stillbirths: progress and unfinished business. *Lancet* 2016; publiés en ligne le 18 janvier. [http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736\(15\)00818-1](http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736(15)00818-1).
- 2 Lawn JE, Blencowe H, Waiswa P, et al, for The Lancet Ending Preventable Stillbirths Series study group with The Lancet Stillbirth Epidemiology investigator group. Stillbirths: rates, risk factors, and acceleration towards 2030. *Lancet* 2016; publiés en ligne le 18 janvier. [http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736\(15\)00837-5](http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736(15)00837-5).
- 3 Heazell AE, Siassakos D, Blencowe H, et al, for The Lancet Ending Preventable Stillbirths Series study group, with The Lancet Ending Preventable Stillbirths investigator group. Stillbirths: economic and psychosocial consequences. *Lancet* 2016; publiés en ligne le 18 janvier. [http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736\(15\)00836-3](http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736(15)00836-3).
- 4 Flenady V, Wojcieszek AM, Middleton P, et al, for The Lancet Ending Preventable Stillbirths study group and The Lancet Stillbirths in High-Income Countries Investigator Group. Stillbirths: recall to action in high-income countries. *Lancet* 2016; publiés en ligne le 18 janvier. [http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736\(15\)01020-X](http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736(15)01020-X).
- 5 de Bernis L, Kinney MV, Stones W, et al, for The Lancet Ending Preventable Stillbirths Series study group with The Lancet Ending Preventable Stillbirths Series Advisory Group. Stillbirths: ending preventable deaths by 2030. *Lancet* 2016; publiés en ligne le 18 janvier. [http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736\(15\)00954-X](http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736(15)00954-X).

Articles et commentaires connexes

- 6 Blencowe H, Cousens S, Bianchi Jassir F, et al. National, regional, and worldwide estimates of stillbirth rates in 2015, with trends from 2000: a systematic analysis. *Lancet Glob Health* 2016; publiés en ligne le 18 janvier. [http://dx.doi.org/10.1016/S2214-109X\(15\)00275-2](http://dx.doi.org/10.1016/S2214-109X(15)00275-2).
- 7 Zhu J, Liang J, Mu Y, et al. Sociodemographic and obstetric characteristics of stillbirths in China: a census of nearly 4 million health facility births between 2012 and 2014. *Lancet Glob Health* 2016; publiés en ligne le 18 janvier. [http://dx.doi.org/10.1016/S2214-109X\(15\)00271-5](http://dx.doi.org/10.1016/S2214-109X(15)00271-5).
- 8 Horton R, Samarasekera U. Stillbirths: ending an epidemic of grief. *Lancet* 2016; publiés en ligne le 18 janvier. [http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736\(15\)01276-3](http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736(15)01276-3).
- 9 Homer C, Malata A, ten Hoope-Bender P. Supporting women, families, and care providers after stillbirth. *Lancet* 2016; publiés en ligne le 18 janvier. [http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736\(15\)01278-7](http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736(15)01278-7).
- 10 ten Hoope-Bender P, Stenberg K, Sweeny K. Reductions in stillbirths more than a triple return on investment. *Lancet* 2016; publiés en ligne le 18 janvier. [http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736\(15\)01277-5](http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736(15)01277-5).
- 11 Kiguli J, Munabi IG, Ssegujja E, et al. Stillbirths in sub-Saharan Africa: unspoken grief. *Lancet* 2016; publiés en ligne le 18 janvier. [http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736\(15\)01171-X](http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736(15)01171-X).

Remerciements

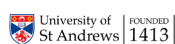
Groupe d'étude *The Lancet Ending Preventable Stillbirths*: J Frederik Frøen, Joy E Lawn, Alexander E P Heazell, Vicki Flenady, Luc de Bernis, Mary V Kinney, Hannah Blencowe, et Susannah Hopkins Leisher.

Nous remercions Aleena Wojcieszek d'avoir dirigé le premier projet de résumé et Udani Samarasekera ainsi que Émilie Harding pour la révision et l'édition..
Mise en page: Chris Rowland and Stacey Black - Miracle Interactive, Cape Town

Equipe chargée de l'étude



Groupe Consultatif



Support for translation of the French version by:

