

**Cinquième Conférence des ministres africains chargés
de l'enregistrement des faits d'état civil**
Lusaka, 14-18 octobre 2019

CRMC5/2019/28

Moyens d'obtenir des informations de qualité sur les causes de décès en Afrique

Thème de la Conférence :

*Des systèmes innovants d'enregistrement des faits d'état civil et d'établissement des
statistiques de l'état civil : fondement pour la gestion de l'identité juridique*



APAI-CRVS
Pour que chacun soit visible en Afrique



Décennie du repositionnement
de l'enregistrement des faits
d'état civil et des statistiques
de l'état civil en Afrique
2017-2026

I. Contexte

1. L'élaboration de politiques fondées sur des faits probants, la planification de programmes et le suivi d'un grand nombre d'objectifs de développement durable passent par la production de statistiques de qualité sur les causes de décès. Fortes des engagements qu'elles ont pris aux niveaux mondial et régional en faveur du renforcement des systèmes d'enregistrement des faits d'état civil et d'établissement des statistiques de l'état civil (CRVS), les parties prenantes de ces systèmes peuvent inscrire l'obtention de statistiques de qualité sur les causes de décès au rang de leurs priorités dans la poursuite de leurs objectifs de renforcement. Tout gouvernement, dans sa vision de statistiques de qualité sur les causes de décès, devrait chercher à mettre en place un système fondé sur les normes internationales relatives à la collecte de données, au codage, à l'analyse et à la déclaration des causes de décès. L'enregistrement complet des décès, objectif visé par bon nombre des 54 États membres africains, est un élément fondamental de la réussite d'un système d'enregistrement des causes de décès. Les progrès accomplis dans la réalisation de cet objectif font l'objet du document de travail de la Quatrième Conférence des ministres africains chargés de l'enregistrement des faits d'état civil, intitulé « L'amélioration des statistiques de mortalité et l'enregistrement des causes de décès et ses liens avec les systèmes d'enregistrement des faits et de statistiques d'état civil en Afrique ».¹ Ce rapport présente les différentes méthodes de collecte et de codage de données de qualité sur les causes de décès ainsi que leurs considérations techniques, au moment où les pays s'efforcent en même temps d'améliorer l'exhaustivité de l'enregistrement des décès. La mise en œuvre réussie de ces méthodes s'inscrit dans le cadre d'une stratégie plus large d'amélioration des registres et statistiques de l'état civil, la bonne gouvernance et un cadre juridique solide jouant un rôle moteur dans les améliorations efficaces et durables des systèmes.²

2. Dans un système de meilleures pratiques, les médecins utilisent le certificat médical de cause de décès recommandé par l'Organisation mondiale de la Santé (OMS) pour la certification médicale de tout décès et une équipe de codeurs des causes de mortalité formés à la version la plus récente de la Classification internationale des maladies (CIM) effectue le codage des certificats médicaux.³ Cette pratique s'appuie sur un projet de cadre juridique de l'enregistrement des décès clairement rédigé et sur la certification médicale des causes de décès.⁴ De plus, elle assure la formation régulière des médecins et des étudiants en médecine afin qu'ils puissent remplir correctement le certificat médical de la cause de décès. Cette meilleure pratique devrait constituer une vision et un modèle pour tous les pays dans les efforts qu'ils déploient pour obtenir des informations complètes, précises et actualisées sur les causes de décès.

3. La concrétisation de cette vision requiert la participation et le soutien des parties prenantes sous forme d'investissements importants. Elle peut exiger d'un pays qu'il applique plusieurs méthodes, en les adaptant aux besoins, à la structure juridique et au cadre opérationnel qui lui sont propres. Autrement dit, une méthode est une approche et non un outil. Un outil ou un programme de formation autonome n'améliorera pas la qualité des informations sur les

¹ https://www.uneca.org/sites/default/files/uploaded-documents/ACS/4th-CoM-on-CRVS/fr_-_mortality_and_cause_of_death_report_africa_oct_updated.pdf.

² Un certain nombre de personnes ont contribué au présent rapport, à savoir : Olga Joos, Fondation CDC, auteure correspondante ; Doris Ma gras, OMS ; Kidist Bartolomeos, OMS ; Sam Notzon, Centre de prévention et de lutte contre les maladies ; Erin Nichols, Centre de prévention et de lutte contre les maladies ; Daniel Cobos, Institut tropical et de santé publique suisse ; Martin Bratschi, Vital Strategies ; et James Mwanza, Vital Strategies.

³ <https://unstats.un.org/unsd/demographic-social/Standards-and-Methods/files/Handbooks/crvs/crvs-mgt-E.pdf>.

⁴ https://unstats.un.org/unsd/demographic-social/Standards-and-Methods/files/Handbooks/crvs/CRVS_GOLF_Final_Draft-E.pdf.

causes de décès. Toute approche ou méthode choisie par un pays nécessite une intégration bien planifiée dans le système pour y apporter des améliorations durables.

4. Le présent rapport fait suite à une recommandation formulée dans la Déclaration de Nouakchott issue de la Quatrième Conférence des ministres africains chargés de l'enregistrement des faits d'état civil qui demande : « ... d'améliorer les statistiques de la mortalité, d'enregistrer les causes de décès en établissant des liens entre le secteur de la santé et les systèmes d'enregistrement des faits d'état civil et d'établissement des statistiques de l'état civil en Afrique et prie les Ministres de la santé de collaborer étroitement avec les Ministres chargés de l'enregistrement des faits d'état civil, en vue d'améliorer la fiabilité des statistiques de la santé ».⁵ De plus, le rapport revient sur les instruments stratégiques présentés dans la stratégie de l'OMS intitulée « Améliorer les statistiques de la mortalité en Afrique – Stratégie technique 2015 - 2020 », élaborée en réponse à une recommandation de la Troisième Conférence des ministres africains chargés de l'enregistrement des faits d'état civil.⁶

II. Objectif de la session

5. Le système de données sur les causes de décès commence par la survenance d'un décès et se termine par son enregistrement dans les statistiques au niveau national, et idéalement au niveau infranational, statistiques utilisées pour l'élaboration de politiques et la planification de programmes. Deux processus clés apparaissent au début et à la fin de ce système : la déclaration de la cause de décès et la traduction des termes médicaux en un code alphanumérique représentant la cause initiale du décès. Le code qui définit ces processus est la Classification internationale des maladies (CIM), qui fournit un langage commun géré par l'OMS depuis 1948.⁷ La CIM est la norme internationale en matière de déclaration des maladies et de l'état de santé, et elle est utilisée pour faciliter l'analyse des tendances dans les pays et à l'échelle mondiale. La CIM fournissant un langage pour transformer la version texte d'une cause de décès en un code, tel que décrit ci-dessus, son application influence les procédures de déclaration des causes de décès.

6. L'usage par un médecin du certificat médical de cause de décès recommandé par l'OMS est la meilleure pratique pour déclarer les causes de décès. Cela s'applique à tous les décès, qu'ils surviennent dans un établissement ou non, de même qu'à ceux dont sont saisies les personnes chargées de mener des enquêtes médico-légales sur les décès, à savoir, les coroners ou médecins légistes. Le certificat actuellement recommandé, révisé en 2016, comprend un espace pour déclarer les causes de décès dans un format spécifique ainsi que des questions supplémentaires sur les circonstances du décès (voir figure). Ces questions contribuent à améliorer la qualité des informations communiquées sur des problèmes médicaux particuliers, y compris les décès maternels, les décès liés à une intervention chirurgicale et les décès dus à des causes externes, pour lesquels l'information fournie dans la figure pourrait être insuffisante pour coder de la façon la plus détaillée la cause du décès. Il ressort de l'évaluation du suivi du Programme africain d'amélioration accélérée des systèmes d'enregistrement des faits et d'établissement des statistiques de l'état civil que seul un tiers des États membres africains utilisent le formulaire type du certificat médical de cause de décès de l'OMS. Constat décevant,

⁵ <http://apai-crvs.org/sites/default/files/public/Nouakchott%20Declaration%20-%20Dec2017-English.pdf>.

⁶ http://apai-crvs.org/sites/default/files/public/IMPROVING%20MORTALITY%20STATISTICS%20IN%20AFRICA%20-%20Technical%20Strategy%202015%E2%80%932020%20-%20En_0.pdf.

⁷ <https://www.who.int/classifications/icd/en/>.

étant donné les avantages qu'il y aurait à suivre cette norme internationale. Ce constat nous rappelle néanmoins les défis que pose la mise en œuvre des améliorations nécessaires.⁸

7. La version 2016 du certificat médical de cause de décès de l'OMS est celle recommandée lorsqu'un médecin assiste à un décès, à l'intérieur ou en dehors d'un établissement. Les États membres de l'OMS sont libres de modifier le certificat pour tenir compte de leurs besoins en matière de systèmes et d'informations, mais la section sur la cause de décès reste la même partout dans le monde pour éviter d'entraver le processus de codage de la CIM concernant la sélection de la cause initiale de décès. En 2017, le Maroc a entrepris d'adopter la version 2016 du certificat de l'OMS. Un groupe de travail technique a été chargé d'examiner le certificat médical de cause de décès recommandé par l'OMS et de proposer des modifications, des ajouts et des suppressions. Le certificat révisé a été mis à l'essai à Rabat en 2018 avant d'être mis à disposition au niveau national en 2019. La mise en service comprenait l'initiation de tous les médecins du secteur public à la façon de remplir correctement le certificat, et le remplacement, dans les hôpitaux publics, des anciens formulaires du certificat par les formulaires révisés afin de réduire au minimum les retards dans leur usage.

8. Le succès de la mise en œuvre et de l'utilisation du certificat médical de cause de décès recommandé par l'OMS exige un programme de formation qui soit institutionnalisé dans l'enseignement médical des étudiants et des résidents ainsi qu'une formation médicale continue des médecins en exercice. Un médecin qualifié aura peu de mal à remplir le certificat, mais il lui faudra les données précises à y indiquer et, surtout, l'obligation qu'il a de déclarer les circonstances médicales qui ont entraîné le décès. Face à la demande, la coordination et le soutien de séances de formation individuelles peuvent s'avérer difficiles. Ainsi, des cours d'auto-apprentissage en ligne, comme le cours en anglais élaboré par l'OMS⁹ et le cours en anglais et en français mis au point par l'Organisation panaméricaine de la santé¹⁰, peuvent être intégrés à un programme de formation à grande échelle et, idéalement, être reliés au processus de renouvellement du permis d'exercer des médecins. Le Ghana, le Rwanda, la République-Unie de Tanzanie et la Zambie ont récemment adopté un cours d'apprentissage en ligne sur l'établissement du certificat médical de cause de décès, élaboré dans le cadre de l'initiative Données pour la santé visant à appuyer une formation à grande échelle dans ce domaine. Le certificat médical de cause de décès est l'un des nombreux formulaires que remplissent les médecins. Il importe donc d'institutionnaliser la formation y afférente, notamment dans le cadre du processus de renouvellement du permis d'exercer, et de former régulièrement les médecins à l'importance des informations déclarées dans le formulaire, à la façon de le remplir correctement et aux modifications à y apporter pour satisfaire aux recommandations de l'OMS.

⁸ <http://apai-crvs.org/sites/default/files/public/The%20Status%20of%20CRVS%20-%20EN.pdf>.

⁹ <http://apps.who.int/classifications/apps/icd/icd10training/ICD-10%20Death%20Certificate/html/index.html>.

¹⁰ <http://www.paho.org/relacsis/index.php/es/at4-certificado-defuncion/virtual-course-on-properly-completing-death-certificates>.

Figure

Formulaire international de certificat médical de cause de décès (OMS, 2016)

Données administratives (peuvent être précisées par pays)																					
Sexe			<input type="checkbox"/> Femme				<input type="checkbox"/> Homme				<input type="checkbox"/> Inconnu										
Date de naissance			D	D	M	M	A	A	A	A	Date du décès			D	D	M	M	A	A	A	A
Cadre A : Données médicales : Partie 1 et 2																					
1 Inscrire la maladie ou l'état ayant directement provoqué le décès à la ligne a Indiquer l'enchaînement des événements dans l'ordre (s'il y a lieu) Indiquer la cause initiale à la dernière ligne utilisée	  		Cause de décès							Intervalle entre le début du processus et le décès											
		a																			
		b	Due à :																		
		c	Due à :																		
d	Due à :																				
2 Autres états importants ayant contribué au décès (l'état entré peut être suivi de l'intervalle entre parenthèses)																					
Cadre B : Autres données médicales																					
Une chirurgie a-t-elle eu lieu dans les 4 semaines précédentes ?						<input type="checkbox"/> Oui		<input type="checkbox"/> Non		<input type="checkbox"/> Inconnu											
Dans l'affirmative, veuillez préciser la date de la chirurgie						D	D	M	M	A	A	A	A								
Dans l'affirmative, veuillez préciser le motif de la chirurgie (maladie ou état)																					
A-t-on demandé une autopsie ?						<input type="checkbox"/> Oui		<input type="checkbox"/> Non		<input type="checkbox"/> Inconnu											
Dans l'affirmative, les conclusions ont-elles servi à la certification ?						<input type="checkbox"/> Oui		<input type="checkbox"/> Non		<input type="checkbox"/> Ne sait pas											
Circonstances du décès																					
<input type="checkbox"/> Maladie			<input type="checkbox"/> Agression				<input type="checkbox"/> Non déterminée														
<input type="checkbox"/> Accident			<input type="checkbox"/> Intervention de la force publique				<input type="checkbox"/> Enquête en cours														
<input type="checkbox"/> Lésion auto-infligée			<input type="checkbox"/> Guerre				<input type="checkbox"/> Inconnu														
Dans le cas d'une cause externe ou d'un empoisonnement :						Date du traumatisme		J	J	M	M	A	A	A	A						
Veuillez décrire comment est survenue la cause externe (dans le cas d'un empoisonnement, indiquez l'agent toxique)																					

Lieu de manifestation de la cause externe :				
<input type="checkbox"/> Domicile	<input type="checkbox"/> Établissement collectif	<input type="checkbox"/> École, autre institution, lieu d'administration publique	<input type="checkbox"/> Lieu de sport et d'athlétisme	
<input type="checkbox"/> Rue et route	<input type="checkbox"/> Zone de commerce et de services	<input type="checkbox"/> Zone industrielle et chantier	<input type="checkbox"/> Ferme	
Autre endroit (veuillez préciser)			<input type="checkbox"/> Inconnu	
Mort fœtale ou d'un nourrisson				
Grossesse multiple		<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Inconnu
Mort naissance ?		<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Inconnu
Si la mort s'est produite dans les premières 24 heures de vie, précisez le nombre d'heures de vie.		Poids à la naissance (en grammes)		
Nombre de semaines entières de grossesse		Âge de la mère (années)		
Dans le cas d'une mort périnatale, veuillez indiquer l'état de la mère ayant nui au fœtus et au nouveau-né.				
S'il s'agit du décès d'une femme, cette dernière était-elle enceinte ?		<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Inconnu
<input type="checkbox"/> Au moment du décès		<input type="checkbox"/> Dans les 42 jours précédant le décès		
<input type="checkbox"/> Entre 43 jours et 1 an avant le décès		<input type="checkbox"/> Inconnu		
La grossesse a-t-elle contribué au décès ?		<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Inconnu

9. Le certificat médical de cause de décès recommandé par l'OMS peut être rempli sur support papier ou électronique, ou une combinaison des deux. L'exactitude et l'actualité des données sont considérées comme prioritaires pour déterminer la méthode la plus appropriée de saisie de données de qualité. Si le certificat est rempli par voie électronique, le médecin chargé de déclarer l'état de santé devrait pouvoir saisir ses données comme il le fait dans le tableau de la version papier. Il n'appartient ni à l'agent chargé de saisir les données ni au codeur de modifier l'état de santé déclaré sur le formulaire ou de déduire toute autre condition qui ferait éventuellement partie de la cause ayant entraîné finalement le décès. Le rôle de l'agent chargé de saisir les données ou du codeur est d'entrer ou de coder l'état médical *exactement* tel qu'il est déclaré par le médecin, raison pour laquelle une formation institutionnalisée des médecins en matière d'établissement du certificat médical de cause de décès est essentielle. L'actualité des données est un élément important pour les systèmes sur papier. Un système devrait être mis en place pour envoyer les formulaires dans les délais requis à l'organisme responsable du codage des causes de mortalité afin que les données puissent être analysées pour obtenir des réponses efficaces.

10. Dans les pays où un grand pourcentage de décès surviennent hors des établissements de santé ou en l'absence d'un médecin, et où l'utilisation du certificat médical de cause de décès recommandé par l'OMS n'est pas possible, l'autopsie verbale peut être utilisée comme pratique alternative pour aider à déterminer les causes de décès dans les régions où il n'y a pas de médecins pour assister aux décès survenus hors établissements. Jusqu'à une date récente, la pratique d'une autopsie verbale ne se limitait qu'aux milieux de recherche. Toutefois, les enseignements tirés de récentes initiatives, dont l'initiative Données pour la santé de Bloomberg, ont permis d'élucider les éléments clés à prendre en compte pour intégrer l'autopsie verbale au système CRVS et y saisir les décès passés inaperçus, qui sont souvent ceux qui surviennent hors des établissements de santé ou avant l'arrivée dans un hôpital ou un établissement de santé.

11. La mise en œuvre de l'autopsie verbale en tant que moyen d'obtenir des informations sur les causes de décès requiert de nombreuses considérations couvrant les domaines de la gouvernance, de la conception, des opérations, des ressources humaines, du financement, de l'infrastructure, de la logistique, des technologies de l'information et de l'assurance qualité des données. Le tableau 1 présente, au vu de ces considérations, une liste récapitulative pour la planification.

Tableau 1

Liste récapitulative pour la planification de l'intégration de l'autopsie verbale au système CRVS

Veiller à ce qu'un comité national de haut niveau de l'élaboration et de la coordination des politiques CRVS soit en fonction
Veiller à ce que les autorités, organismes ou ministères compétents chargés de l'état civil, des statistiques, de l'administration locale et de la santé participent de façon collective au système CRVS
S'assurer qu'une évaluation complète du système CRVS a été menée au cours des quatre dernières années et a servi à élaborer une vision et une stratégie nationales CRVS, ou qu'elle est en train d'être menée
Mettre sur pied un sous-comité national sur la mortalité et les causes de décès
Constituer une équipe spéciale qui sera chargée d'établir des rapports sur la mise en œuvre de l'autopsie verbale et de rendre compte au sous-comité national sur la mortalité et les causes de décès
S'assurer qu'une cartographie détaillée des processus CRVS pour les décès survenus tant dans les établissements de soins que dans les communautés a été effectuée dans le cadre de l'évaluation complète, et sinon, en établir une
Avec toutes les parties prenantes concernées, utiliser ces cartographies détaillées des processus de notification et d'enregistrement des décès dans les communautés comme base pour élaborer un plan de mise en œuvre sur la façon d'intégrer l'autopsie verbale à un ensemble modifié de processus
Préparer un dossier d'investissement pour justifier le recours à l'autopsie verbale comme moyen d'accroître le taux de notification et d'enregistrement des décès et de déterminer la cause initiale de décès
Envisager, comme une première étape dans le plan, un examen juridique et réglementaire des répercussions de l'autopsie verbale sur le système CRVS
Appliquer l'architecture des entreprises du Guide de numérisation CRVS pour évaluer les besoins informatiques complémentaires (http://www.crvs-dgb.org/fr/)
Cartographier l'infrastructure informatique actuelle du système CRVS et du DHIS2 et recenser ses insuffisances
Rechercher des synergies avec les technologies de l'information existantes dans le cadre des efforts d'enregistrement de la population (c.-à-d., les agences nationales d'identification)
Déterminer comment les tablettes seront exploitées et entretenues, et comment elles transmettront et recevront en toute sécurité les données (réseau sans fil, service général de paquets radio, etc.)
Concevoir des mécanismes de flux de données et d'assurance de la qualité
Veiller à ce que les questions de gouvernance électronique, d'interopérabilité, de sécurité des données, de confidentialité et de cryptage des données soient abordées
Décider de la façon dont les décès codés par autopsie verbale se distingueront des décès certifiés médicalement dans les bases de données globales

Décider si l'introduction sera échelonnée (système d'échantillonnage ou couverture complète) et progressive
Utiliser un outil d'estimation des coûts de l'autopsie verbale pour établir les budgets de démarrage et les budget annualisés
Établir le profil des ressources humaines et des besoins actuels du système CRVS
Élaborer des descriptions d'emploi, des plans de formation et du matériel pédagogique pour les postes nouveaux et reclassés
Prévoir une augmentation de la charge de travail du personnel en place
Envisager d'ajouter les tâches liées à l'autopsie verbale aux descriptions actuelles des postes des agents communautaires
Élaborer un programme de formation à l'intention des maîtres formateurs, des formateurs de formateurs, et des superviseurs, interrogateurs et analystes en autopsie verbale
Préparer un plan de suivi et d'évaluation des nouveaux processus d'autopsie verbale, notamment en utilisant les outils d'estimation des coûts de l'autopsie verbale pour en déterminer les coûts ainsi qu'un mécanisme indépendant d'assurance qualité
Collaborer avec les parties prenantes à l'élaboration d'une plateforme d'apprentissage à adopter de manière progressive et réunir les fonds nécessaires

Source : Les informations figurant au tableau se fondent sur celles de la liste récapitulative mentionnée dans *Integrating community-based verbal autopsy into civil registration and vital statistics (CRVS) : system-level considerations* de Don de Savigny *et al.* *Global Health Action*. 2017 ; 10(1).

12. Dans les pays qui utilisent le certificat médical de cause de décès recommandé par l'OMS, la mise à contribution d'une équipe de codage formée à la version actuelle de la CIM pour déterminer la cause initiale de décès et son code procède de la meilleure pratique en matière de codage des causes de mortalité. Il ressort des résultats du suivi du Programme africain d'amélioration accélérée des systèmes d'enregistrement des faits et d'établissement des statistiques de l'état civil, présentés à la Quatrième Conférence des Ministres africains chargés de l'enregistrement des faits d'état civil, que seuls 15 États membres utilisent les codes de la CIM-10 (voir le résumé des résultats du suivi présenté dans l'état des systèmes CRVS en Afrique, cité à la note de bas de page 7). Les équipes de codage des causes de mortalité peuvent être centralisées ou décentralisées, selon la disponibilité de codeurs qualifiés et d'un système pour appuyer la structure des équipes. Les éléments à prendre en compte pour chaque type de système sont présentés dans le Manuel des systèmes d'enregistrement des faits d'état civil et d'établissement des statistiques de l'état civil : gestion, exploitation et mise à jour, première révision, cité précédemment (voir note de bas de page 2). Qu'elle soit centralisée ou décentralisée, toute équipe de codage bien soutenue nécessite des investissements très techniques et permanents en matière de supervision et de formation. La supervision devrait être assurée par un expert en codage des causes de mortalité qui procède à des examens réguliers d'échantillons de formulaires codés et offre la formation individuelle nécessaire. De plus, les membres de l'équipe de codage ont besoin d'une formation complète pour se familiariser à l'application très technique des règles et principes de la CIM, ainsi que d'un perfectionnement régulier pour entretenir leurs compétences et se mettre à jour des changements apportés aux règles et principes de codage à mesure que la CIM est révisée. Les investissements consentis pour l'adoption de la CIM comme méthode de codage des causes de mortalité ne se limitent ni à son adoption initiale ni à son intégration dans le système des causes de décès. Ils sont requis en permanence pour s'assurer que les pays appliquent les meilleures pratiques en matière de codage de la CIM.

13. Comme la plupart des langues parlées qui adoptent de nouveaux mots au fur et à mesure qu'ils deviennent courants, la CIM nécessite des révisions régulières pour prendre en compte de nouvelles maladies et des méthodes améliorées de classement des maladies et des conditions de santé. La CIM a commencé avec 179 catégories et est passée à 12 000 avec la CIM-10, annoncée en 1990.¹¹ L'OMS a assuré la maintenance de la CIM-10 au moyen de mises à jour triennales et en a appuyé une révision importante en 2016. Cette révision a représenté un défi pour les pays, tout comme l'adoption récente de la CIM-11 en 2019, car le renforcement des capacités, les technologies de l'information et l'établissement de rapports exigent des investissements considérables. Il est utile de suivre la version la plus récente de la CIM, car non seulement les révisions ont pour objet d'améliorer la qualité des données sur les causes de décès, mais elles sont également exigées des États membres de l'Organisation mondiale de la Santé, conformément au Règlement de l'OMS relatif à la nomenclature (1976).¹²

14. Comme décrit dans le manuel *ICD-11 Implementation or Transition Guide* mentionné plus haut, la CIM-11 a été adoptée par l'Assemblée mondiale de la Santé en 2019 après d'importantes révisions et contributions de plus de 270 institutions et 99 pays. Les révisions de ce système de classification sont exhaustives et illustrent en détail les progrès nécessaires dans le domaine de la médecine et de la classification pour obtenir des informations de la qualité la plus fine sur les causes de décès. La CIM-11 rassemble plus de 17 000 catégories, soit une hausse par rapport aux 12 000 catégories de la CIM-10. Pour apporter son soutien pendant la période de transition, qui devrait durer de deux à trois ans, l'OMS a élaboré divers matériels, dont un guide de mise en œuvre (voir tableau 2). L'OMS a également développé la CIM-11 sur support informatique, contrairement aux versions précédentes, pour l'intégrer dans le système d'information sanitaire d'un pays donné. La CIM-11 pourra être mise en œuvre en janvier 2022, mais certains pays pionniers ont déjà procédé à une mise à l'essai. Compte tenu des investissements importants envisagés pour la mise en œuvre de 2011, les pays devraient entreprendre les activités recommandées dans le guide de mise en œuvre en utilisant les documents d'appui de l'OMS visant à faciliter la transition de l'ancien système à la CIM-11.

¹¹ *ICD-11 Implementation or Transition Guide* (guide de mise en œuvre ou de transition de la CIM-11) Genève : OMS, 2019.

¹² <https://www.who.int/classifications/icd/en/>.

Tableau 2

ICD-11 Implementation or Transition Guide (guide de mise en œuvre ou de transition de la CIM-11)

Activités	Outils de l'OMS disponibles
PREMIÈREMENT : Constituer une équipe spéciale nationale pour la mise en œuvre, en y associant toutes les parties prenantes concernées, et s'assurer du soutien des pouvoirs publics au plus haut niveau.	
Domaine prioritaire 1 : Achèvement de la version linguistique de la CIM-11 aux fins de la mise en œuvre	
Achever la traduction de la classification, des outils et de la documentation.	Outil de traduction
Effectuer des tests manuels de codage et de transcription sur les systèmes informatiques et y apporter les ajustements nécessaires.	Plateforme d'essai de mise en œuvre de la CIM-11 sur le terrain
Domaine prioritaire 2 : Renforcement des capacités	
Évaluer la capacité de codage actuelle de la CIM dans le pays.	Plateforme OMS-FCI
Élaborer des programmes de formation applicables à différents profils (codeurs, personnel, systèmes, chercheurs).	Outil de formation de la CIM-11
Dispenser une formation à l'utilisation de la CIM-11 et de ses outils. Niveaux : instructeurs de codage de l'information médicale, codeurs, statisticiens, analystes et experts en santé publique.	Outil de formation de la CIM-11
Former les codeurs, les statisticiens et autre personnel d'encadrement clé à l'utilisation des outils informatiques.	Formulaire de renseignements
Dispenser une formation à l'utilisation et à la mise en œuvre du système de codage automatisé IRIS pour les causes de décès.	Formation spécialisée
Dispenser une formation sur l'analyse des données de mortalité et de morbidité et sur la qualité de l'information.	Formation spécialisée
Évaluer l'impact des activités de formation pour les codeurs, médecins et autres personnels sur les indicateurs de qualité.	Plateforme de mise à l'essai de la CIM-11 sur le terrain (CIM-11 FIT)
Établir un profil et un système de certification des codeurs.	Programme de formation OMS-FCI
Domaine prioritaire 3 : Infrastructure des technologies de l'information	
Procéder à une évaluation des besoins technologiques.	
Promouvoir l'accès à des outils informatiques appropriés (PC et accès fiable à l'Internet).	
Intégrer les informaticiens dans l'équipe de transition pour élaborer un plan de transition intégral.	
Adapter les systèmes d'information nationaux (et sous-systèmes) pour la mise en œuvre de la CIM-11 au moyen de révisions, de mises à jour de catalogues et autres variables.	
Étudier l'interopérabilité entre l'application de codage de la CIM-11 et les systèmes nationaux de santé.	
Mise à l'essai initiale de la CIM-11 en versions en ligne et hors ligne.	Versions en ligne et hors ligne de la CIM-11
Mettre en œuvre un système de codage automatisé des causes de décès.	IRIS – autre

Adapter le système d'information actuel pour éviter des modifications inutiles.	
Domaine prioritaire 4 : Assurer la comparabilité et la qualité des données	
Surveiller les indicateurs de qualité des données de mortalité et de morbidité recommandés à l'échelle internationale.	Analyse du niveau de mortalité et des causes de décès (ANACOD 3)
Mettre à disposition des tableaux de transition pour schématiser la CIM-10 et la CIM-11.	Trousse d'information de la CIM-11
Mener des études d'impact du passage de la CIM-10 à la CIM-11 sur les données de mortalité et de morbidité : systèmes de remboursement, répartition des cas traités, statistiques de mortalité et de morbidité, cadres juridiques.	
Réaliser des études de comparabilité de certains cas dans différents domaines afin d'évaluer la qualité de la codification.	
Réaliser des études de transition et effectuer un double codage dans la CIM-10 et la CIM-11 pour les sujets prioritaires de santé publique.	
Suivre les changements précis qui seront apportés dans le cadre de la transition et de la mise en œuvre de la CIM-11.	
Domaine prioritaire 5 : Plaidoyer et diffusion	
Créer et renforcer des comités, des conseils ou des centres interinstitutionnels (santé, statistiques, sécurité sociale, registre civil et information sur la santé) et informer les parties prenantes.	
Intégrer les associations professionnelles, les collèges, les universités, les médecins et d'autres secteurs dans les commissions nationales pour mettre en œuvre des activités de formation et d'analyse.	
Sensibiliser à l'importance que revêt l'utilisation correcte des classifications pour les différents utilisateurs et environnements.	
Élaborer un plan national de transition et de mise en œuvre de la CIM-10 vers la CIM-11 aligné sur le plan d'amélioration de l'information sur la santé du pays.	Le présent tableau

Source : Tiré du manuel intitulé « *ICD-11 Implementation or Transition Guide* ». Genève : OMS, 2019.

15. Étant donné la complexité du processus actif de révision de la CIM, de la mise en œuvre et du maintien d'un système de codage solide, les pays devraient entreprendre en priorité de participer aux discussions mondiales sur la Classification internationale des maladies, en particulier à l'approche de 2022, autrement dit, du début de la mise en œuvre de la CIM-11. Le réseau de la Famille des classifications internationales de l'OMS (OMS-FCI) tient une réunion annuelle qui rassemble des représentants des États membres pour examiner toute une série de questions, dont le statut de la CIM, la mise en œuvre dans les pays, les défis et les révisions approuvées. La participation d'un intervenant clé dans le codage est fortement recommandée pour s'assurer que les informations et les mises à jour sont présentées aux parties prenantes nationales pour examen et discussion. Les centres collaborateurs de l'OMS pour la FCI, sis dans un certain nombre de pays pour couvrir toutes les régions du monde, constituent une autre plateforme d'appui à la CIM. En Afrique, le centre collaborateur de l'OMS-FCI est hébergé au Conseil sud-africain de la recherche médicale et est chargé de fournir aux pays de sa région

des orientations sur des thèmes liés à la CIM.¹³ Les pays qui utilisent la CIM pour le codage de leurs certificats médicaux de cause de décès devraient être bien connectés à leur centre collaborateur régional OMS-FCI et participer à la réunion annuelle de l'OMS-FCI afin de bénéficier d'un soutien technique et de la mise en commun des enseignements, tout en contribuant au dialogue sur l'expérience des pays en matière de mise en œuvre du codage CIM des causes de mortalité.

16. Les pays qui utilisent la CIM-10 pour le codage de la mortalité peuvent envisager un procédé simultané pour améliorer l'efficacité et la qualité du codage par la mise en œuvre du système IRIS, plateforme de codage automatisée validée, utilisée dans tous les pays du monde dont l'Afrique du Sud, le Maroc, la Tunisie et la Zambie.¹⁴ En termes simples, l'IRIS est une plateforme qui utilise les règles et principes de la CIM-10 pour déterminer la cause initiale de décès et son code CIM-10 correspondant. L'IRIS ne saurait jamais remplacer une équipe de codeurs qualifiés dans le domaine de la mortalité et en fait, il nécessite une équipe de codeurs hautement qualifiés pour effectuer le codage manuel des certificats médicaux rejetés par le système. Comme pour la mise en œuvre du codage CIM, le système IRIS nécessite un appui technique de qualité pour la mise en œuvre du codage et l'intégration au sein de l'architecture informatique. À mesure que les États membres africains utilisant l'IRIS renforceront leurs capacités de développement et de mise en œuvre, ils pourront bénéficier d'un appui régional à la formation et à la mise en œuvre du système. Les pays qui envisagent de mettre en œuvre le système IRIS ne devraient le faire qu'une fois qu'ils disposeront d'une équipe de codeurs de mortalité qualifiés et expérimentés. En outre, les pays désireux de mettre en œuvre la CIM-11 devront attendre d'adopter l'IRIS, car ce système fonctionne actuellement selon les règles et principes de la CIM-10.

17. Les pays qui ne disposent pas d'équipe de codeurs pour effectuer le codage des certificats médicaux de cause de décès dûment remplis peuvent utiliser une autre méthode pour obtenir des informations sur les causes de décès. Pour les pays qui n'ont pas les capacités techniques nécessaires pour effectuer un codage complet de la CIM, l'OMS a mis au point la liste simple de mortalité (SMoL) en 2015, système de codage simplifié de la CIM-10 qui est conforme à la Classification internationale des maladies. Cette méthode nécessite l'emploi du certificat médical de cause de décès recommandé par l'OMS, l'élaboration d'une liste de causes converties en codes SMoL et l'application de règles de sélection simplifiées. Pour faciliter la mise en œuvre dans les pays qui utilisent, dans leurs établissements de santé, le système d'information pour la gestion sanitaire de district (DHIS2), plateforme de données de gestion de la santé basée sur un logiciel à code source ouvert, l'OMS a mis au point une application SMoL entièrement intégrée dans le DHIS2 pour la communication de rapports en temps réel.¹⁵ En Afrique, le Ghana, le Rwanda et le Soudan ont mis en œuvre la liste simple de mortalité (SMoL). L'expérience de ces pays a montré que les pays à faibles ressources sont également capables d'investir dans le renforcement des capacités avec des outils adaptés. Bien que la SMoL soit un outil utile aux pays qui en sont aux premiers stades de mise en œuvre de la CIM, à plus long terme, tous les pays souhaiteront bien utiliser la liste plus détaillée de la CIM à mesure qu'ils améliorent leurs compétences et capacités de certification et de codage.¹⁶

18. Avant de mettre en œuvre l'un quelconque des divers moyens d'obtenir des informations de qualité sur les causes de décès, les parties prenantes nationales devraient s'entendre sur une vision, une stratégie et un plan global pour le renforcement du système

¹³ <https://www.who.int/classifications/network/collaborating/en/>.

¹⁴ <https://www.dimdi.de/dynamic/en/classifications/iris-institute/index.html>.

¹⁵ <http://www.openhealthnews.com/resources/district-health-information-system-2-dhis2>.

¹⁶ https://www.who.int/healthinfo/civil_registration/ICD_10_SMoL.pdf?ua=1.

CRVS. Les méthodes présentées dans le présent rapport ne seront efficaces que si elles sont mises en œuvre dans le cadre d'un plan d'amélioration du système CRVS bénéficiant de l'appui d'un grand nombre de parties prenantes. Les investissements requis sont substantiels, car ces méthodes ne sont pas des outils, mais des procédés à intégrer dans le système CRVS. De nombreuses ressources sont déjà disponibles, tout comme l'expertise des parties prenantes nationales et de conseillers techniques pour appuyer la mise en œuvre de ces méthodes. L'utilisation de ces ressources et la mise en pratique des enseignements tirés de l'expérience aideront les pays à mettre en œuvre la méthode qu'ils auront choisie et à améliorer, à terme, la qualité des statistiques sur les causes de décès aux fins de l'élaboration de politiques et de la planification de programmes.

III. Questions à examiner

19. Au vu de ce qui précède, les questions ci-après devraient servir de base aux discussions :

a) Quelles sont les moyens et stratégies utilisés par les pays pour évaluer les méthodes et déterminer leur mise en œuvre dans le système CRVS ? Quels sont les aspects que les pays doivent prendre en compte pour choisir la bonne méthode et en établir les priorités ?

b) Quels sont les enseignements précieux qui ont été tirés des efforts entrepris pour mettre en œuvre une méthode permettant d'obtenir des informations de qualité sur les causes de décès ? Quelle est le meilleur moyen pour les pays de tirer des enseignements de la mise en œuvre réussie d'une méthode dans d'autres pays ?

c) Quel rôle les organismes mondiaux et les organisations non gouvernementales peuvent-ils jouer pour aider les pays à élaborer, à mettre en œuvre et à maintenir une méthode permettant d'obtenir des informations de qualité sur les causes de décès ?
