

CADRE CONTINENTAL

RENFORCEMENT DES **SYSTÈMES DE SURVEILLANCE DE LA MORTALITÉ** EN AFRIQUE

Juillet, 2023

PREFACE

L'importance de systèmes robustes de surveillance de la mortalité ne peut être surestimée à une époque marquée par des défis sanitaires mondiaux croissants, où les menaces sanitaires sont importantes et où la dynamique des populations continue d'évoluer. Des données précises et actualisées sur la mortalité sont essentielles afin d'identifier les tendances et détecter les menaces sanitaires émergentes, évaluer l'impact des interventions et orienter les décisions politiques fondées sur des données probantes.

Ce cadre présente une approche holistique du renforcement des systèmes de surveillance systématique de la mortalité, en tenant compte des facteurs contextuels uniques et des défis auxquels sont confrontés les pays africains. Il souligne l'importance de mettre en place des mécanismes efficaces de collecte de données, d'améliorer la qualité et l'exhaustivité des données et de promouvoir le partage des données et la collaboration entre les parties prenantes.

En outre, le cadre reconnaît le rôle central de la technologie dans l'intégration des données provenant de sources fragmentées de données sur la mortalité. Il souligne le potentiel des méthodes innovantes de saisie des données, des analyses avancées et des systèmes de rapportage en temps réel pour améliorer la précision, l'efficacité et la promptitude des données sur la mortalité.

Le cadre continental pour la surveillance de la mortalité s'aligne sur la mission et l'objectif stratégique du CDC Afrique en servant de composante fondamentale au renforcement des systèmes de santé publique, à l'amélioration des capacités de surveillance des maladies, à l'élaboration de politiques et d'interventions fondées sur des données probantes et à la promotion de la collaboration et de la coordination entre les pays africains afin de relever les défis sanitaires et d'améliorer les résultats en matière de santé sur le continent.

La mise en œuvre réussie de ce cadre nécessite un engagement collectif et des efforts concertés de la part des gouvernements, des institutions de santé et de la communauté internationale. Nous espérons que ce document servira de catalyseur pour un changement transformateur, permettant aux pays de mettre en place des systèmes de surveillance de la mortalité résilients qui protègent la santé publique, sauvent des vies et contribuent à une prise de décision fondée sur des données probantes.

Nous exprimons notre gratitude à tous les experts, organisations et individus qui ont contribué à l'élaboration de ce cadre par leurs connaissances, leurs points de vue et leurs expériences. Ensemble, nous pouvons ouvrir la voie à un avenir dans lequel les systèmes de surveillance de la mortalité fourniront des informations opportunes et fiables, nous aidant à mieux comprendre et à mieux répondre au paysage en constante évolution de l'architecture de la santé mondiale.

S.E. Dr Jean Kaseya, MD, MPH

Président-Directeur Général / Directeur Général

Centre africain de contrôle et de prévention des maladies (CDC Afrique)

Courriel : KaseyaJ@africa-union.org

Mobile : +251-71-050-0803 / +251-71-050-0803 +251-71-050-0803 / +251-97-300-7134

Commission de l'Union africaine, Addis-Abeba, Éthiopie



RESUME ANALYTIQUE

Les informations sur les décès basées sur le sexe, l'âge et les causes de décès sont essentielles pour l'évaluation de la santé de la population, l'évaluation des politiques et des programmes et la recherche épidémiologique. Les données sur la mortalité recueillies en temps réel sont un élément essentiel de la surveillance des épidémies et de la réponse à y apporter. Les premières pratiques de surveillance étroite des décès ont été mises en place au cours du XVIIe siècle pour guider les réponses aux épidémies de peste et de choléra de l'époque. La nécessité de ces données a également été reconnue avec acuité lors de la récente pandémie de COVID-19. Alors que les systèmes d'enregistrement des faits d'état civil et des statistiques vitales (CRVS) constituent la meilleure source de données fiables et opportunes sur la mortalité, de tels systèmes sont encore sous développés dans plusieurs régions du monde, y compris en Afrique. Pour combler ce déficit de données, les concepts de surveillance de la mortalité ont été développés en tant qu'une stratégie complémentaire pour produire les rapports requis. Le concept de surveillance de la mortalité met l'accent sur l'importance de la collecte d'informations sur les décès de manière systématique en utilisant une approche active de recherche de cas et en relayant ces informations aux autorités responsables afin de permettre des interventions opportunes et soutenues de manière continue. Pour répondre au besoin criard de données sur la mortalité, les pays doivent mettre en place des programmes de surveillance de la mortalité coordonnés et adaptés au contexte local. En outre, il est nécessaire que les pays développent des stratégies qui aident à aligner les activités de surveillance de la mortalité sur les opérations de renforcement du système CRVS en place dans leur pays, ce qui aboutira à une solution durable permettant à long terme de générer régulièrement des données de mortalité de manière routinière.

Ce cadre continental établit les principes de conception et de mise en œuvre de la surveillance de la mortalité dans tous les États membres de l'Union africaine. Il vise à guider les États membres dans l'adoption d'une approche stratégique pour la mise en place de leurs programmes nationaux de surveillance de la mortalité en fonction de leur propre contexte. Cette démarche devrait permettre d'accroître la disponibilité de données de qualité et ponctuelles sur la mortalité pour les actions de santé publique à travers le continent africain. En outre, ledit Cadre Continental envisage une approche bien coordonnée et intégrée pour la mise en œuvre de la surveillance de la mortalité, et devrait être adapté par chaque État membre pour atteindre les objectifs suivants :

- l'harmonisation de tous les systèmes existants de données sur la mortalité afin d'accroître l'efficacité et l'efficience, en dépit des ressources sanitaires limitées ;
- la normalisation des processus et systèmes existants pour la collecte, l'analyse et la diffusion des données sur la mortalité ;
- la mise en place d'un mécanisme normalisé et unifié de déclaration des décès dans chaque État membre, aligné sur les opérations nationales du CRVS afin d'améliorer l'efficacité et la qualité des données, ce qui permettra à terme au système national du CRVS d'être la source de données indiquée pour la surveillance de la mortalité.

Les principaux éléments et sections du Cadre Continental sont organisés et présentés dans plusieurs chapitres et résumés comme suit :

Chapitre 1 : Contexte et justification. Ce chapitre présente le bien-fondé de la conception et de la mise en œuvre de la surveillance de la mortalité sur les plans général et spécifique. Il donne également un bref aperçu de l'éventail des systèmes de données sur la mortalité généralement utilisés au niveau national et des diverses initiatives régionales et mondiales susceptibles de sous-tendre les activités prévues par le présent cadre.

Chapitre 2 : Systèmes d'enregistrement de la mortalité. Ce chapitre fournit une description générale de l'éventail des systèmes d'enregistrement de la mortalité généralement en place dans les pays africains, ainsi que des discussions sur l'utilité potentielle de chacun de ces systèmes pour le programme national de surveillance de la mortalité. Ces systèmes sont classés en programmes compilant essentiellement des données sur les événements qui se produisent respectivement dans les formations sanitaires et au sein de la population.

Chapitre 3 : Fonctions des systèmes de surveillance de la mortalité. Ce chapitre donne des orientations pour la réalisation d'évaluations détaillées de la structure et des caractéristiques opérationnelles de tous les systèmes de données sur la mortalité existants, en vue de la mise en place d'un mécanisme harmonisé d'enregistrement des décès en un point unique au niveau local. Dans certains cas, cette harmonisation

pourrait induire l'intégration de bases de données électroniques sur la mortalité provenant de différentes sources à des niveaux plus centralisés afin de générer les données nécessaires à la surveillance.

Dans le cadre d'une approche consultative, le comité de coordination doit utiliser les résultats de l'évaluation pour faciliter la discussion entre les parties prenantes afin de définir une vision, des buts et des objectifs communs pour la surveillance de la mortalité.

Chapitre 4 : Étapes de la mise en place d'un système de surveillance de la mortalité. Ce chapitre présente les principales étapes de l'élaboration d'un plan stratégique pour la mise en œuvre de la surveillance de la mortalité, ainsi que des suggestions concernant les objectifs potentiels du programme à court, à moyen et à long terme. Ce chapitre aborde également une série de mécanismes et de fonctions d'appui nécessaires aux opérations de surveillance, ainsi que les détails pertinents de ces fonctions. Il fournit également des conseils sur les outils et les méthodes de calcul des coûts, les options de mobilisation des ressources, les stratégies de plaidoyer et de sensibilisation aux programmes de surveillance de la mortalité.

Chapitre 5 : Suivi et évaluation (S&E) des programmes de surveillance de la mortalité. Le suivi et l'évaluation (S&E) apportent des informations vitales et opportunes sur l'efficacité et la fonctionnalité d'un programme. Le présent chapitre contient des informations sur les procédures et les activités qui pourraient constituer un suivi et une évaluation d'ensemble du programme de surveillance de la mortalité, ainsi que des exemples d'objectifs et d'indicateurs qui peuvent être utilisés pour suivre les progrès accomplis.

Chapitre 6 : Rôle du CDC Afrique et des instituts nationaux de santé publique dans le renforcement des mécanismes de coordination de la surveillance de la mortalité. Ce chapitre décrit les mécanismes généraux de gouvernance et de coordination pour la mise en œuvre opérationnelle du cadre continental.

Chapitre 7 : Conclusions. Le présent document réaffirme l'importance cruciale des données issues de la surveillance de la mortalité pour l'établissement d'une base de données solide en vue de la préparation aux pandémies aux niveaux national, régional et continental en Afrique. Il met en relief trois concepts fondamentaux, notamment l'élaboration de protocoles de surveillance de la mortalité intégrés aux pratiques locales de déclaration officielle des décès, le contrôle rigoureux de l'enregistrement et de la compilation des données en termes d'actualité et de qualité, ainsi que la diffusion et l'utilisation systématiques des données liées à la surveillance.

REMERCIEMENTS

Les Centres africains de Contrôle et de prévention des maladies (CDC Afrique) remercient les institutions ci-dessous pour leur contribution à l'élaboration du Cadre Continental pour le renforcement des systèmes de surveillance de la mortalité. La rédaction et la production de ce document ont été dirigées par le CDC Afrique en collaboration avec des représentants des entités suivantes :

- Les États membres de l'Union africaine
- Les Centres de coordination régionaux du CDC Afrique
- La Commission de l'Union africaine (CUA)
- L'Organisation mondiale de la santé, Région Afrique (OMS AFRO)
- L'Organisation mondiale de la santé, région de la Méditerranée orientale (OMS EMRO)
- Les Centres américains de contrôle et de prévention des maladies (US CDC)
- La Commission économique des Nations unies pour l'Afrique (CEA)
- Vital Strategies
- L'Institut Tropical et de Santé Publique Suisse (Swiss TPH)

L'élaboration du présent Cadre Continental a été possible grâce à l'appui financier de la Fondation Bill et Melinda Gates et des Centres de contrôle et de prévention des maladies des États-Unis.

LISTE DES CONTRIBUTEURS

CDC Afrique	CDC Américain
Dr Yenew Kebede	Dr Erin Nichols
Dr Justin Maeda	Emily Cercone
Atuheire B. Emily	Dr Jianglan White
Dr Kokou Nouwame Alinon	Dr Chalapati Rao
Akhona Tshangela	Dr Soumaila Coulibaly
Fortunate Mutesi	
Bernard Barekye	CEA
États membres de l'Union africaine - Groupes de travail techniques régionaux	Dr David Nzeyimana
Dr Ahmed Rguig - Maroc	Violet Kinuthia
Prof Hajer Aounallah-Skhiri - Tunisie	Hosea Mitala
Dr Adam Zakaria - Ghana	Vital Strategies
Dr Gansane Zakaria - Burkina Faso	Dr Philip Setel
Mr Lucien Francis Bene - Cameroun	James Mwanza
Dr MWAMBA Dieudonné - République démocratique du Congo	Dr Martin Bratschi
Dr Alex Ario - Ouganda	Commission de l'Union Africaine
Janet Mucheru - Kenya	Selamawit Mussie
Erwin Nakafingo - Namibie	FNUAP ESARO
Dr Joy Ebonwu - Afrique du Sud	Dr Fredrick Okwayo
OMS Bureau régional Afrique	Université Johns Hopkins
Dr Benson Droti	Prof Agbessi- Amouzou
Dr Hillary Kipruto	Fondation Bill et Melinda Gate (BMGF)
Dr TITI-OFEI, Regina	Dr Samantha Dolan
OMme EMRO	Institut Tropical et de Santé Publique Suisse
Dr ALY Eman ABDELKREEM	Daniel Cobos Muñoz
Dr Henry Victor	

CONTENTS

PREFACE	i
RESUME ANALYTIQUE	ii
REMERCIEMENTS	iv
LISTE DES CONTRIBUTEURS	v
ACRONYMES ET ABRÉVIATIONS	ix
CHAPITRE 1 : CONTEXTE ET JUSTIFICATION	1
1.1 Définition, champ d'application et types de surveillance de la mortalité	2
1.2 But et objectifs des programmes de surveillance de la mortalité	2
1.3 Renforcer les systèmes d'enregistrement des faits et de statistiques de l'état civil — une priorité pour le continent africain	3
1.4 Cadre continental pour la mise en œuvre de la surveillance de la mortalité	5
1.5 Ancrage de la surveillance continentale de mortalité en Afrique dans les initiatives mondiales et régionales existantes	5
1.6 Opérationnalisation de la surveillance nationale de la mortalité	6
CHAPITRE 2 : ENREGISTREMENT ET SYSTÈMES DE MORTALITÉ	7
2.1 Les Systèmes d'information sanitaire qui recueillent et communiquent des données sur la mortalité	10
2.1.1 Système d'information sur la gestion sanitaire de routine	10
2.1.2 Système intégré de surveillance des maladies et de riposte	11
2.2 Systèmes de données sur la mortalité basés sur la population	12
2.2.1 Systèmes d'enregistrement des faits d'état civil et de statistiques de l'état civil (CRVS)	12
2.2.2 Systèmes de surveillance sanitaire et démographique	12
2.3. Autres initiatives d'enregistrement de la mortalité pouvant faciliter la surveillance de la mortalité	13
2.3.1 Exemples de systèmes d'enregistrement de l'état civil	13
2.3.2 Surveillance de la mortalité à l'échelle nationale pour l'action	13
2.3.3 Surveillance de la santé infantile et de la prévention de la mortalité	14
2.3.4 Recensement de la population et enquêtes sanitaires avec autopsie verbale de suivi	14
CHAPITRE 3 : FONCTIONS DU SYSTÈME DE SURVEILLANCE DE LA MORTALITÉ	15
3.1 Fonctions essentielles d'un système de surveillance de la mortalité	16
3.1.1 Détection des événements	16
3.1.2 Notification immédiate des événements au niveau suivant	16
3.1.3 Détermination et déclaration des causes de décès	18
3.1.4 Codage de la cause du décès	19
3.1.5 Compilation des données collectées	19
3.1.6 Évaluation de la qualité, analyse et interprétation	19
3.1.7 Diffusion des données générées	20
3.2 Principales considérations stratégiques pour la mise en place d'un système fonctionnel de surveillance de la mortalité	20
3.2.1 Couverture géographique de la surveillance de la mortalité	21
3.2.2 Outils et processus d'enregistrement des décès	21
3.2.3 Processus de gestion des données	21
3.2.4 Ressources institutionnelles pour l'analyse des données et le renforcement des capacités	22
3.3 Approche stratégique de la mise en place de la surveillance de la mortalité	22
CHAPITRE 4 : ÉTAPES DE LA MISE EN PLACE D'UN SYSTÈME DE SURVEILLANCE DE LA MORTALITÉ	23
4.1 L'implication des parties prenantes (étape 1)	23
4.2 La mise en place de mécanismes de gouvernance (étape 2)	23
4.3 L'évaluation de la situation des systèmes et sous-systèmes existants (étape 3)	24
4.4 L'identification des possibilités de renforcer la surveillance de la mortalité (étape 4)	25
4.5 L'élaboration d'un plan d'action stratégique harmonisé (étape 5)	25
4.6 L'étape de la mise en œuvre (étape 6)	27



4.6.1	Recommandations pour une approche progressive de la mise en œuvre de la surveillance intégrée de la mortalité au niveau national	28
4.6.2	Recommandations pour la mise en œuvre d'une surveillance nationale de la mortalité par sondage	29
4.7	L'évaluation des besoins en ressources (étape 7)	30
CHAPITRE 5 : SUIVI ET ÉVALUATION DES PROGRAMMES DE SURVEILLANCE DE LA MORTALITÉ		32
5.1	Engagement des parties prenantes	32
5.2	Elaboration des paramètres pour l'évaluation de la qualité des données	33
5.3	L'adoption des indicateurs de performance clés et de résultats pour guider l'amélioration des performances du système	34
5.4	Concevoir le processus de suivi et d'évaluation et la collecte de données	35
5.5	L'analyse et l'utilisation des résultats de suivi et évaluation	36
CHAPITRE 6 : RÔLE DU CDC AFRIQUE ET DES INSTITUTS NATIONAUX DE SANTÉ PUBLIQUE DANS LE RENFORCEMENT DES MÉCANISMES DE COORDINATION POUR LA SURVEILLANCE DE LA MORTALITÉ		37
CHAPITRE 7 : RÉSUMÉ		40
RÉFÉRENCES		41
ANNEXES		43

ACRONYMES ET ABRÉVIATIONS

CDC AFRIQUE	Centres africains de contrôle et de prévention des maladies
APAI-CRVS	Programme africain sur l'amélioration accélérée de l'enregistrement des faits d'état civil et des statistiques de l'état civil
UA	Union africaine
CHAMP	Surveillance de la santé et de la prévention de la mortalité infantile
ASC	Agent de santé communautaire
CoD	Cause de décès
COMSA	Surveillance de la mortalité à l'échelle nationale en vue d'une action
COVID-19	Maladie à coronavirus 2019
CR	Enregistrement de faits d'état civil
CRVS	Système d'enregistrement des faits et de statistiques d'état civil
DHIS2	District Health Information Software 2
DHS	Enquêtes démographiques et de santé
DSA	Zone d'enquête démographique
FCDO	Bureau des affaires étrangères, du Commonwealth et du développement
CSS	Centre de soins de santé
SSD	Système de suivi démographique et sanitaire
SIS	Système d'Information Sanitaire
HMIS	Système d'information sur la gestion de la santé
AS	Agent de santé
CIM	Classification Internationale des Maladies
TIC	Technologies de l'information et de la communication
IDSR	Surveillance et réaction intégrées aux maladies
IPC	Indicateurs de performance clés
S&E	Suivi et évaluation
MCCD	Certificat Médical de la Cause de Décès
MICS	Enquêtes en grappes à indicateurs multiples
MINSANTE	Ministère de la santé
MPDSR	Surveillance et réponse aux décès maternels et périnataux
NCHS	Centre national de statistiques sanitaires
NGDS	Stratégie nationale de croissance et de développement
INSP	Institut National de Santé Publique
ONS	Office national des statistiques
SSP	Soins de santé primaires
CCR	Centre de Coordination Régional
RMS	Surveillance rapide de la mortalité
AS	Autopsie sociale



SAVVY	Méthodes du système d'enregistrement des échantillons avec autopsie verbale
ODD	Objectifs de développement durable
SMART	Spécifique, Mesurable, Atteignable, Réaliste et assorti d'une échéance
POS	Procédure opérationnelle standard
SEE	Système d'enregistrement des échantillons
GTT	Groupe de Travail Technique
CSU	Couverture sanitaire universelle
ONU	Organisation des Nations unies
PNUD	Programme des Nations Unies pour le Développement
UNICEF	Fonds des Nations Unies pour l'enfance
UNSD	Division des statistiques des Nations Unies
VA	Autopsie verbale
VASA	Autopsie verbale et autopsie sociale
OMS	Organisation Mondiale de la Santé

CHAPITRE 1 : CONTEXTE ET JUSTIFICATION

L'Afrique est surchargée de maladies transmissibles et doit faire face à un fardeau croissant de maladies non transmissibles, auxquelles s'ajoutent les décès causés par des blessures, les accidents de la route, et d'autres causes non naturelles, notamment les suicides et les homicides. Les systèmes de santé africains demeurent sous-financés et débordés par la charge de morbidité existante, malgré des améliorations dans la prestation de services de santé essentiels. (1). Selon l'étude de 2016 menée par Global Burden of Disease, plus des deux tiers de la charge de morbidité en Afrique sont dus à la mortalité prématurée, la mortalité prématurée étant entendu comme le décès avant une mesure standard de l'espérance de vie à chaque âge. (2).

La santé et le bien-être d'un pays sont mesurés dans une large mesure par les indicateurs de mortalité. Des données précises et opportunes sur le nombre et les causes des décès permettent aux pays de déterminer la charge de morbidité et de mesurer l'efficacité de leur secteur de la santé et de leurs programmes de lutte contre les maladies. En l'absence de données fiables sur la mortalité, les États membres ne peuvent pas répondre de manière adéquate à leurs besoins en matière de santé publique et prendre des décisions critiques en connaissance de cause sur la répartition des ressources disponibles, afin de fournir des services de santé efficaces et efficaces.

Par conséquent, la disponibilité des données sur la mortalité est devenue essentielle pour l'évaluation de la santé de la population nationale et le programme de développement de la santé à travers le continent, et plus particulièrement pour répondre de manière adéquate aux épidémies et pandémies actuelles et émergentes.

Malgré l'importance des données sur la mortalité, une poignée de pays africains disposent de données de qualité au niveau national ou infranational sur les faits et les causes des décès, et ce depuis plusieurs décennies (3). Selon l'étude du GBD 2016, les pays d'Afrique ont obtenu un score moyen de 8,3% sur 100 pour l'exactitude et l'exhaustivité des données de mortalité entre 2010 et 2016, contre une moyenne mondiale de 46,9% sur 100 pour la même période. Sur les 55 pays d'Afrique, 38 (69 %) n'ont produit aucune donnée fiable sur les causes des décès entre 2010 et 2016. (4). Dans sa publication de 2020, l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) indique que seuls 10 % des décès sont enregistrés dans la région Afrique, contre plus de 90 % dans les régions d'Europe et des Amériques (5).

Il est donc urgent que les États africains produisent des données fiables et ponctuelles sur la mortalité qui puissent être utilisées pour planifier des services de santé efficaces, des interventions de santé publique et pour mesurer l'impact d'événements préoccupants pour la santé publique tels que les pandémies et les catastrophes naturelles. Ce Cadre Continental de la surveillance de la mortalité guidera les États membres de l'Union africaine dans les actions nécessaires pour développer et améliorer des systèmes de mortalité holistiques qui enregistrent tous les décès, et la cause du décès lorsque cela est possible, afin de remédier au manque chronique de données précises sur la mortalité.

Les pays africains ont besoin de données permanentes, prospectives, ponctuelles et fiables sur la mortalité pour surveiller les menaces de santé publique. Au niveau mondial, l'émergence de la nouvelle pandémie de coronavirus (COVID-19) depuis 2020 a mis en évidence, comme jamais auparavant, l'impérieuse nécessité pour les pays de disposer d'informations actualisées, pertinentes, fiables et en temps réel pour faire face aux menaces émergentes et urgentes en matière de santé publique. Pendant les épidémies, la mortalité est l'aboutissement extrême qu'il faut éviter et facilement identifiable en communauté, contrairement à des mesures plus délicates telles que l'incidence de la maladie ou les taux de létalité. Il est donc important que les autorités chargées des interventions d'urgence dans les pays sachent qui meurt, quand, où et pourquoi, afin de mettre en place des mesures d'intervention appropriées de manière spontanée pour éviter les décès prématurés. Le temps de mise à jour de l'information est particulièrement importante en la matière. Car, les données doivent servir à la détection précoce des épidémies, ainsi qu'au suivi de l'impact des mesures de riposte.

Malgré le consensus général autour du caractère essentiel des données sur la mortalité, la réalité dans la plupart des pays africains est qu'il existe de nombreux systèmes distincts qui collectent, traitent et analysent les données sur la mortalité sans nécessairement partager ces informations avec les autorités nationales responsables pour une évaluation efficace de la mortalité. À la suite de la pandémie de COVID-19, l'Afrique du Sud a été à même de mesurer et de surveiller la surmortalité à l'aide des données de mortalité de son système CRVS et d'utiliser ces informations pour orienter sa stratégie de riposte(6). Plusieurs pays africains ont mis en œuvre les orientations de l'OMS sur la « Surveillance rapide de la mortalité (RMS) et la réponse aux épidémies » afin de suivre l'impact total de la pandémie de COVID-19 sur la population locale et de générer des données rapides pour concevoir des stratégies de ripostes



nationales (7). Toutefois, en raison du manque de données historiques basées sur la population, la plupart des pays se sont appuyés sur les projections statistiques des Nations unies pour estimer les tendances de la surmortalité due à la pandémie (8)9).

La nécessité de disposer de systèmes harmonisés de données sur la mortalité produisant des informations opportunes pour la prise de décision est cruciale lors des urgences de santé publique. Tous les pays doivent accorder la priorité à des systèmes de surveillance de la mortalité solides et complets, capables de détecter efficacement les menaces pour la santé publique. Dans le contexte actuel, la pandémie de COVID-19 a mis en évidence la nécessité pour la plupart des pays de revoir leurs systèmes nationaux de données sur la mortalité et d'identifier les possibilités de les reconstruire ou de les reconfigurer afin qu'ils soient suffisamment robustes et capables de produire des données opportunes sur les décès et leurs causes, par le biais des systèmes complets de surveillance de la mortalité.

1.1 DÉFINITION, CHAMP D'APPLICATION ET TYPES DE SURVEILLANCE DE LA MORTALITÉ

Dans le contexte de la santé publique, la surveillance fait référence à l'identification, à la notification et à l'investigation systématiques, et en temps réel et de manière continue, d'événements sanitaires spécifiques, ainsi qu'à l'analyse et à la diffusion ultérieures des données qui en résultent afin d'orienter les actions de santé publique. Le concept de surveillance de la mortalité met l'accent sur ces principes en termes de compilation continue et systématique de données sur les décès, avec transfert ultérieur de ces informations aux autorités compétentes afin d'analyser et d'interpréter l'ampleur, le stade et la transition des tendances de la maladie.

En termes de portée, les programmes de surveillance de la mortalité pourraient être configurés selon un éventail d'options, allant de divers modèles qui impliquent des combinaisons d'enregistrement de données primaires intégrées à des données provenant d'autres sources de données secondaires disponibles. La portée de la surveillance de la mortalité peut également varier en fonction de la couverture du programme au niveau local, régional et national, allant de groupes sentinelles à des échantillons de population représentatifs au niveau national ou à une couverture nationale totale.

En ce qui concerne le type d'opérations, il existe différents modes d'enregistrement des décès au niveau local. La forme la plus courante d'enregistrement des décès est pratiquée dans les systèmes CRVS de routine, qui enregistrent les décès au fur et à mesure qu'ils surviennent, par le biais de processus « passifs » de notification des décès menés par la communauté. Toutefois, lorsque ces systèmes sont dysfonctionnels, il peut s'avérer nécessaire d'adopter une approche de « recherche active », dans laquelle les décès sont identifiés soit par des enquêtes périodiques auprès des ménages dans des groupes de population entiers, soit par des réseaux locaux d'informateurs clés qui surveillent et notifient les décès dans les ménages locaux au programme de surveillance de la mortalité désigné. Pour répondre au besoin de données sur la mortalité, les gouvernements nationaux devraient mettre en place des programmes permanents de surveillance de la mortalité (qui pourraient être de l'un ou l'autre mode opérationnel, c'est-à-dire passif ou actif) qui soient correctement coordonnés et adaptés au contexte local. À ce titre, les pays doivent identifier stratégiquement leurs actions prioritaires en vue de mettre en place et de renforcer des systèmes unifiés de surveillance de la mortalité capables de générer des données fiables et opportunes en vue d'une action de santé publique visant à prévenir les décès évitables à l'avenir. (9). Dans le secteur de la santé, les opérations de surveillance de la mortalité sont également classées en fonction des lieux où les décès sont signalés, en termes de systèmes de déclaration des décès basé sur les formations sanitaires ou communautaires. Les systèmes nationaux d'information sur la gestion de la santé (HMIS) intègrent généralement des mécanismes pour les deux types de déclarations, les événements communautaires étant déclarés par le biais du système de soins de santé primaires, qui sont fusionnés avec les événements déclarés par les établissements de santé, afin de constituer un ensemble de données sur la mortalité pour la population de référence. Cependant, le HMIS est sujet à diverses formes de biais, qui sont examinés dans les sections suivantes.

1.2 BUT ET OBJECTIFS DES PROGRAMMES DE SURVEILLANCE DE LA MORTALITÉ

L'objectif général de la surveillance de la mortalité est d'aider les pays à améliorer la production des informations à jour et fiables qui permettent de détecter rapidement les menaces pour la santé publique, d'orienter les réponses pour le contrôle des épidémies et de garantir une politique et une pratique fondées sur des données probantes.

Ce but peut être atteint grâce à plusieurs objectifs interdépendants qui se concentrent sur des processus et des actions spécifiques nécessaires à la conception et à la mise en œuvre du programme de surveillance de la mortalité.

Objectif 1 : établir des procédures fiables pour l'enregistrement et la notification de tous les cas de décès survenant dans des populations définies aux programmes désignés d'enregistrement des données de mortalité, conformément aux normes locales et internationales existantes.

Objectif 2 : développer des processus efficaces pour la compilation, le traitement et la gestion des données dans une base de données nationale intégrée avec un ensemble de variables recommandées.

Objectif 3 : renforcer la capacité d'analyse régulière, d'interprétation et de diffusion des résultats de la surveillance de la mortalité (événements/indicateurs) aux différentes parties prenantes pour leur permettre d'agir.

Au niveau national, un ensemble de facteurs et d'actions doivent être pris en compte pour atteindre chacun de ces objectifs, afin d'aboutir à l'objectif global du programme de surveillance de la mortalité. Le tableau 1 donne des exemples d'éléments clés pour chaque objectif. Compte tenu de l'étendue des activités et des tâches requises, et du degré de variation dans la conception des programmes au niveau national (et éventuellement infranational), il n'est pas possible de recommander une approche uniforme qui pourrait être suivie par tous les pays lors de la mise en place des programmes de surveillance de la mortalité. Par conséquent, il est nécessaire de suivre une approche plus rationnelle au niveau national qui examine de près les structures existantes, identifie les points forts et les possibilités de développer des solutions potentielles, et développe une stratégie globale pour concevoir et mettre en œuvre un programme national de SM solide.

Tableau 1: principaux éléments à prendre en compte pour atteindre les objectifs des programmes nationaux de surveillance de la mortalité

Objectif	Éléments clés	Action
1. Procédures fiables d'enregistrement et de déclaration des décès	Existence de multiples systèmes parallèles d'enregistrement des décès dans différents secteurs	Harmonisation visant à renforcer le CRVS en tant que principal système d'enregistrement des décès
2. Compilation et gestion efficaces des données	Systèmes d'information discrets et indépendants avec des processus de saisie et de circulation des données qui s'excluent mutuellement	Développement de programmes intégrés de gestion électronique des données conformes aux normes de qualité internationales
3. Capacité nationale d'analyse et de diffusion des données	Lacunes institutionnelles, techniques et en matière de ressources humaines	Renforcement des capacités à tous les niveaux avec des mandats et des outils appropriés pour la diffusion des données

Les problèmes liés à l'enregistrement des données de mortalité par le biais de systèmes multiples (voire l'absence totale de systèmes) expliquent la plupart des difficultés rencontrées dans la mise en place de la surveillance de la mortalité dans les États membres africains. Ces considérations sont examinées ci-dessous, ainsi que plusieurs autres questions et facteurs qui devraient être pris en compte lors de la proposition de solutions pour les programmes nationaux de surveillance de la mortalité. Ces informations de base et cette compréhension aident à créer le contexte et la nécessité du Cadre Continental global pour la mise en place de programmes de surveillance de la mortalité en Afrique.

1.3 RENFORCER LES SYSTÈMES D'ENREGISTREMENT DES FAITS ET DE STATISTIQUES DE L'ÉTAT CIVIL – UNE PRIORITÉ POUR LE CONTINENT AFRICAIN

L'approche la plus largement acceptée pour l'obtention des données sur les faits et les causes de décès est un système complet et fonctionnel d'enregistrement des faits et de statistiques de l'état civil (CRVS). Un système CRVS complet et qui fonctionne correctement comprend l'enregistrement complet des naissances, des décès et des causes de décès survenant dans les formations sanitaires et les



communautés. Selon les Nations Unies, les systèmes d'enregistrement des faits d'état civil doivent être universels (ils doivent enregistrer tous les faits d'état civil), continus (ils doivent enregistrer les données en permanence), obligatoires (ils doivent être exigés par le gouvernement pour tous ceux qui se trouvent à l'intérieur de ses frontières) et permanents (ils doivent produire un registre légal permanent pour l'individu et pour l'État) (10). Pendant la pandémie de COVID-19, la plupart des pays africains n'ont pas été en mesure d'exploiter leurs systèmes nationaux de CRVS pour produire de manière ponctuelle des informations sur la surveillance de la mortalité totale, toutes causes confondues, aux fins de la surveillance de la pandémie et de la réponse à y apporter.

Les critères des Nations Unies pour mesurer la fonctionnalité des systèmes CRVS classent les systèmes en capacités « naissantes », « limitées », « modérées », « bien développées » et « durables », le terme « naissantes » faisant référence à l'absence de capacité à générer les statistiques de l'état civil nécessaires à partir de ces systèmes. (11). D'un point de vue pratique, le système de l'annuaire démographique des Nations Unies compile chaque année des informations sur les décès déclarés par tous les États membres (principalement à partir des systèmes nationaux CRVS) et l'Organisation Mondiale de la Santé compile de la même manière des informations sur la mortalité par cause spécifique (12). L'examen de ces deux sources a révélé des lacunes dans la disponibilité et/ou la qualité des données dans la plupart des pays africains.

En raison de l'absence de systèmes CRVS pleinement développés, la plupart des pays s'appuient sur diverses sources alternatives pour obtenir des informations sur les naissances et les décès (comme décrit en détail au chapitre 2) :

- Recensements
- Enquêtes auprès des ménages, telles que les enquêtes démographiques et sanitaires (EDS) et les enquêtes en grappes à indicateurs multiples (MICS)
- Système de suivi démographique et sanitaire. (SSD)
- Système de gestion d'information en santé (HMIS)
- Systèmes de surveillance de la mortalité basés sur des échantillons, également connus sous le nom de systèmes d'enregistrement d'échantillons (SEE)

Au cours de la dernière décennie, les pays du continent africain ont réalisé des investissements considérables pour renforcer la disponibilité des statistiques de l'état civil à partir des systèmes CRVS. Toutefois, certains facteurs clés ont contribué à la lenteur des progrès vers la disponibilité des données sur la mortalité, notamment.

- *Des systèmes d'information fragmentés qui enregistrent les décès* : dans la plupart des pays, outre le système CRVS, il existe des programmes HMIS de routine, des programmes de surveillance de maladies spécifiques et diverses enquêtes qui enregistrent la mortalité au sein de la population. Cette situation exerce une forte pression sur les ressources limitées en raison des processus et des structures parallèles nécessaires à la déclaration des décès, des exigences et des normes variables en matière de données pour les différents utilisateurs et de l'augmentation de la charge de travail du personnel de santé en matière de déclaration.
- *Des cadres juridiques et politiques faibles ou inexistantes* : l'une des caractéristiques attendues d'un système CRVS fonctionnel est qu'il soit obligatoire et coercitif par le gouvernement. Alors qu'il existe des directives politiques dans la plupart des pays qui stipulent que l'enregistrement des événements civils et d'état civil est obligatoire, dans la plupart des pays, les dispositions légales sont limitées (parfois inexistantes) et lorsqu'elles existent, il n'y a pas ou peu de mécanismes de mise en œuvre. En outre, la plupart des systèmes CRVS ont été structurés de manière passive, le système ne saisissant que les événements vitaux déclarés à l'initiative de la personne ou de la famille concernée. Les incitations à enregistrer les événements vitaux sont limitées.
- *Expertise technique limitée, en particulier pour la certification de la cause du décès* : la mise en place et la gestion d'un système CRVS nécessitent une approche pluridisciplinaire qui doit réunir des compétences différentes. Sur le continent, cependant, il y a une grave pénurie d'expertise technique requise pour la collecte, le traitement et l'analyse des données sur les causes de décès, ce qui a contribué à la faible couverture des rapports sur les décès et les causes de décès.

Pour une surveillance complète de la mortalité, les données sur la mortalité et les causes de décès doivent être disponibles en permanence aux niveaux national et infranational, ce qui ne peut se faire que par le biais de systèmes CRVS universels. Le renforcement des systèmes CRVS nécessitera une

approche multidimensionnelle visant à relever les défis identifiés ci-dessus. Le cas échéant, les systèmes d'enregistrement sentinelles/échantillons et les données des systèmes d'information sanitaire de routine ou basés sur les établissements devraient se compléter et se renforcer mutuellement de manière intégrée, afin de maximiser la disponibilité et la qualité des statistiques sur la mortalité. Au minimum, la détection des décès par ces sources devrait déclencher leur notification formelle et leur enregistrement, en parallèle.

Idéalement, la surveillance de la mortalité devrait donc chercher à détecter tous les décès, à tous les âges, dans toutes les populations et quelle qu'en soit la cause, dans le cadre du processus de détection de routine. Ces efforts de surveillance de la mortalité qui utilisent des informations provenant de multiples sources de données locales disponibles peuvent contribuer au renforcement du système CRVS. Tout en générant des informations exploitables, les données sur la mortalité peuvent servir à la surveillance des épidémies grâce à la compilation et à l'analyse continue des données, ainsi qu'à l'élaboration de politiques et d'actions sanitaires fondées sur des données probantes à l'aide de rapports périodiques. Dans certains cas, des chiffres provisoires provenant des données de surveillance de la mortalité peuvent être utilisés à des fins immédiates de santé publique et peuvent être confirmés ultérieurement par des statistiques officielles validées. Les données de mortalité provenant d'autres sources intermittentes, telles que les enquêtes sur les ménages ou les recensements, pourraient être utilisées pour la triangulation des données afin de vérifier les enregistrements ou les mesures de mortalité dérivées des systèmes d'enregistrement continu. Cela souligne la nécessité d'élaborer des stratégies permettant d'aligner les activités de surveillance de la mortalité sur les opérations de routine du CRVS, et les investissements dans de telles stratégies visant à renforcer la déclaration de la mortalité seront considérés comme faisant partie intégrante de l'amélioration du CRVS.

1.4 CADRE CONTINENTAL POUR LA MISE EN ŒUVRE DE LA SURVEILLANCE DE LA MORTALITÉ

Dans le contexte de systèmes d'enregistrement des décès fragmentés et indépendants dans les États membres africains, associés à des systèmes nationaux CRVS dysfonctionnels, il est nécessaire d'adopter une approche globale et planifiée pour améliorer la disponibilité des données sur la mortalité dans toute l'Afrique. Le Cadre Continental africain pour la mise en œuvre des programmes nationaux de surveillance de la mortalité (ci-après dénommé « le Cadre Continental ») a été élaboré dans le but explicite de guider les États membres dans l'élaboration d'une approche stratégique visant à mettre en place des programmes de surveillance de la mortalité solides et contextualisés au niveau national, en mettant l'accent sur le soutien au développement du système CRVS en tant que solution à long terme. Il est prévu que les interventions au niveau national qui sont conçues et mises en œuvre conformément aux orientations de ce cadre augmenteront finalement la disponibilité de données de mortalité de bonne qualité et opportunes pour la surveillance et l'action de santé publique sur tout le continent africain.

En substance, le Cadre Continental est conçu pour fournir des orientations théoriques et pratiques sur les trois composantes essentielles de la surveillance de la mortalité, à savoir l'enregistrement des décès, la gestion des données et l'analyse/diffusion des résultats de la surveillance.

1.5 ANCRAGE DE LA SURVEILLANCE CONTINENTALE DE MORTALITÉ EN AFRIQUE DANS LES INITIATIVES MONDIALES ET RÉGIONALES EXISTANTES

Une approche unifiée et normalisée de surveillance de la mortalité est essentielle pour garantir la bonne santé des populations, ce qui est fondamental pour l'atteinte des aspirations de « l'Agenda 2063 : L'Afrique que nous voulons », qui appelle à la « libre circulation des personnes, des capitaux, des biens et des services ».(13) Une initiative unifiée de surveillance de la mortalité permettra de disposer de données intégrées à l'échelle du continent, ce qui sera de plus en plus nécessaire à mesure que l'Afrique progressera vers une vision de libre circulation des personnes sur l'ensemble du continent. En plus de répondre à un besoin critique pour le continent, un cadre continental harmonisé pour la surveillance de la mortalité renforcera les systèmes de santé, la collecte et l'utilisation des données, et la collaboration intersectorielle, qui sont directement visés par les approches stratégiques A, K et I de la stratégie de santé de l'Union africaine (UA), 2016-2030. (14).

La mise en œuvre de ce cadre de surveillance de la mortalité est alignée sur de nombreuses autres initiatives mondiales et régionales. Il s'agit notamment des initiatives suivantes



- Objectifs de développement durable (ODD) des Nations Unies liés à la santé (<https://www.un.org/sustainabledevelopment/>) ;
- L'Agenda 2063 de l'Union africaine, dont l'objectif est d'avoir des citoyens en bonne santé et bien nourris (<https://au.int/en/agenda2063>) ;
- Stratégie africaine de la santé (2016-2030) dont l'objectif stratégique 3 est de réduire la morbidité et de mettre fin à la mortalité due aux maladies transmissibles et non transmissibles d'ici à 2030 (https://au.int/sites/default/files/documents/24098-au_ahs_strategy_clean.pdf) ;
- Programme africain pour l'amélioration accélérée de l'enregistrement des faits d'état civil et du cadre des statistiques de l'état civil, une initiative visant à mettre en œuvre le CRVS dans tous les États membres de l'UA (<https://apai-crvs.uneca.org>).
- Statistiques sanitaires africaines et Campagne pour la réduction accélérée de la mortalité maternelle et infantile (CARMMA), qui regroupe les indicateurs sanitaires essentiels de tous les États membres (<https://www.africanhealthstats.org/>).
- L'Agence africaine de la statistique (en Tunisie), récemment lancée, qui regroupera et analysera les données CRVS de l'ensemble du continent dans le cadre de la Stratégie pour l'harmonisation des statistiques en Afrique 2017-2026 (<https://statafric.au.int/en/strategy-shasa-2-2017-2026>).
- La surveillance de la mortalité est également essentielle pour allouer des ressources aux services de soins de santé universels et garantir la sécurité sanitaire ([https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/universal-health-coverage-\(uhc\)](https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/universal-health-coverage-(uhc))).
- Règlement sanitaire international (2005), troisième édition (https://www.who.int/health-topics/international-health-regulations#tab=tab_1).

Par conséquent, ce cadre continental sert de catalyseur aux pays pour atteindre les objectifs de développement régionaux et mondiaux en plaidant pour la disponibilité de données de mortalité améliorées et actualisées parmi les États membres dont la capacité de production de ces données est limitée.

1.6 OPÉRATIONNALISATION DE LA SURVEILLANCE NATIONALE DE LA MORTALITÉ

Compte tenu de la disponibilité limitée des données de mortalité provenant des systèmes CRVS dans les États membres, il est impératif de mettre en place des programmes d'enregistrement de la mortalité au niveau national, basés sur les mécanismes existants de déclaration des décès dans chaque pays, afin de générer des informations de base à des fins de surveillance. Cependant, dans la plupart des pays, l'organisation des systèmes de déclaration des décès existants reste dispersée entre différentes parties prenantes ayant des fonctions différentes. Il est nécessaire d'intégrer l'enregistrement et la compilation des données provenant de ces diverses sources dans un référentiel unique, unifié et complet de surveillance de la mortalité pour obtenir des informations sur les décès aux niveaux infranational et national.

Parmi les activités susceptibles de permettre la mise en œuvre réussie d'un programme de surveillance efficace, on peut citer : le renforcement de la gouvernance et des opérations des activités de notification des décès, l'établissement d'une définition claire des rôles et responsabilités institutionnels, la sensibilisation et le plaidoyer à tous les niveaux, le renforcement des capacités techniques, l'amélioration de l'allocation des ressources et l'exploitation des intérêts partagés par les partenaires de mise en œuvre et de développement. Compte tenu des chevauchements potentiels entre les systèmes existants dans chaque pays, une cartographie complète des caractéristiques et des processus de notification de toutes les sources de données sur la mortalité existantes est une première étape essentielle du cadre continental qui devrait être mise en œuvre dans chaque pays, afin de développer une plateforme pour leur harmonisation en vue de l'établissement de protocoles pour la surveillance nationale de la mortalité.

CHAPITRE 2 : ENREGISTREMENT ET SYSTÈMES DE MORTALITÉ

En l'absence de systèmes CRVS pleinement viables, les pays disposent d'un éventail de sources de données qui servent d'alternatives pour compiler les données de mortalité. D'une manière générale, les sources de données sur la mortalité sont considérées comme celles qui enregistrent et déclarent les décès de manière continue, au fur et à mesure qu'ils se produisent, ou celles qui enregistrent les décès de manière périodique, généralement à partir d'une enquête auprès des ménages. Chaque source de données possède ses propres caractéristiques, avantages et limites, comme le résume le tableau 2.

Pour la surveillance de la mortalité, les sources de données permanentes sont préférables car elles peuvent servir de systèmes d'alerte précoce pour détecter le début d'une épidémie. De ce point de vue, plusieurs des sources alternatives ne sont donc pas particulièrement adaptées à la surveillance de la mortalité. Par exemple, les recensements et les enquêtes sont réalisés périodiquement (en moyenne, tous les cinq à dix ans) et ne permettent donc pas de prendre des décisions politiques en temps utile si elles ne sont basées que sur ces données. En outre, ils sont coûteux et la qualité des données est limitée en raison du biais ici rappelé, dans le cas des enquêtes sur les ménages, de l'erreur d'échantillonnage. D'autre part, si les HDSS fournissent des données continues sur les événements de décès et leurs causes, ils ne produisent généralement pas d'estimations nationales et infranationales valables, en raison de la taille très limitée de leur échantillon. De même, les HMIS peuvent fournir des données permanentes sur les faits de décès, et parfois sur les causes de décès, mais ils peuvent rencontrer des difficultés pour communiquer des données communautaires, ou ne saisir que les données des établissements de santé, ce qui entraîne un biais dans leur représentativité. Les systèmes de surveillance de la mortalité par échantillonnage avec autopsie verbale produisent des données sur les faits et les causes de décès et peuvent être conçus pour produire une estimation statistiquement valable de la mortalité nationale et infranationale sur la base d'un échantillon de population, mais ils ne sont ni universels ni obligatoires et peuvent reposer sur la compilation de données rétrospectives plutôt que sur l'enregistrement continu des événements. Ces sources alternatives ont fourni aux pays des informations vitales sur les naissances et les décès pendant des décennies ; cependant, elles présentent plusieurs limites importantes et ne devraient pas remplacer la nécessité de renforcer un système CRVS durable.



Tableau 2: principales caractéristiques des différentes sources de données sur la mortalité

Source	Description	Chef de file	Représentatif au niveau national	Précision au niveau infranational	Fréquence de la collecte de données	Cause du décès	Gestion par pays
Recensement	Procédure consistant à compter et à enregistrer systématiquement des données sur chaque membre d'un pays. Fait ~ tous les 5 à 10 ans. Enregistre le fait du décès mais pas la cause du décès (à moins qu'il ne soit suivi d'une enquête de mortalité post-recensement). Les données ne permettent pas de prendre des décisions en temps utile et le coût est souvent élevé, ce qui nécessite une aide extérieure.	UNSD	Oui	Oui	Périodique	En option	Oui
Enquêtes	Enquêtes en grappes à indicateurs multiples	UNICEF	Oui	Oui	Périodique	Souvent Non	Variable
	Enquêtes démographiques et de santé (EDS)	USAID	Oui	Non	Périodique	Non	Non
	DHS — Cause du décès	USAID	Non	Non	Périodique	Oui	Non
	Enquêtes menées dans un ou quelques pays, mais dont la portée est limitée et/ou qui ne sont pas destinées à être répétées pour suivre l'évolution dans le temps (par exemple, enquêtes ponctuelles sur les autopsies verbales, enquêtes de mortalité post-censitaires).	Variable	Variable	Variable	Périodique	Variable	Variable

Système de surveillance de la santé et de la démographie (SSD)	Les sites effectuent un suivi continu dans une zone de surveillance démographique (ZDS), en recueillant des données sur toutes les naissances, les décès, les causes de décès, la fécondité et les migrations. Les données sont représentatives de la ZDS mais pas de la nation dans son ensemble.	Réseau INDEPTH	Non	Représentant de la DSA	En continu	Oui	Variable
	Études	Recherche limitée à une population ou à une cause de décès spécifique (par exemple, un hôpital examine la cause du décès dans l'établissement pendant un an, un pays examine tous les décès d'enfants pendant un an seulement). Les données ne sont souvent pas partagées à grande échelle.	Variable	Non	Continu / rétrospectif	Oui	Variable
Systèmes de surveillance nationaux	Systèmes d'information sur la gestion de la santé	Pays	Non	Non	En continu	Oui	Oui
	Systèmes nationaux de CRVS entièrement développés	Pays	Oui	Oui	En continu	Oui	Oui
Exemples de systèmes d'enregistrement	Capture tous les événements vitaux, parfois de manière continue (avec ou sans enregistrement à l'état civil des naissances et des décès) et les causes de décès à l'intérieur et à l'extérieur des établissements de santé. Très peu de pays d'Afrique disposent de tels systèmes.	Évaluation des mesures, BMGF	Oui	Non	En continu	Oui	Oui



Dans ce chapitre, nous décrivons de manière générale les systèmes d'enregistrement de la mortalité en fonction des sources et des méthodes utilisées pour la collecte des données et en fonction du lieu d'occurrence de l'événement de décès. Ces systèmes sont :

- **les Systèmes basés sur les formations sanitaires**— Ils collectent principalement des informations sur les décès médicalement assistés et médicalement certifiés survenant dans les établissements de santé. Lorsqu'un décès survient, le prestataire de soins remplit le certificat médical international de décès et de cause de décès (MCCoD), conformément aux normes de la Classification Internationale des Maladies (CIM) de l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS). Les formations sanitaires sont tenues de communiquer les informations relatives au fait et à la cause du décès au niveau hiérarchique du système de santé et, dans certains cas, de notifier ou d'informer les autorités chargées de l'enregistrement des faits d'état civil dans le pays.
- **Les Systèmes communautaires** —Dans la plupart des endroits, il existe des systèmes communautaires de notification des décès dans lesquels les agents de santé communautaires ou d'autres informateurs signalent les décès survenus au niveau de la communauté. Dans certains endroits, ces systèmes d'enregistrement des décès au niveau communautaire signalent également les décès qui ont pu se produire dans les établissements de santé, afin de disposer de données complètes sur la mortalité locale. Cet aspect doit faire l'objet d'une attention particulière lors de la fusion des informations entre les systèmes de notification basés sur les établissements et ceux basés sur la communauté, afin d'éliminer la duplication des enregistrements.

Les systèmes communautaires sont parfois gérés par du personnel directement intégré aux programmes locaux de CRVS, tandis que dans d'autres cas, ils sont gérés par le secteur de la santé ou par des institutions de la société civile ou des bénévoles. Lorsque ces systèmes de notification communautaires fonctionnent indépendamment du CRVS, ils doivent être intégrés au système officiel d'enregistrement des décès aux fins de certification des décès. Les décès qui surviennent sur les lieux d'un accident, à la suite d'une catastrophe naturelle ou d'un risque professionnel, ou dans d'autres circonstances médico-légales, sont généralement enregistrés par les autorités de police locales, et cet enregistrement des décès doit également être intégré au système CRVS.

Dans plusieurs pays, les formations sanitaires compilent et rapportent également des informations sur les décès de la communauté locale. Dans ce cas, les systèmes d'enregistrement des données doivent clairement spécifier le lieu du décès (établissement de santé ou domicile) et, dans le cas d'un décès communautaire, s'il a fait l'objet d'une assistance médicale.

Dans certains cas, les systèmes de notification communautaire gérés par le secteur de la santé peuvent utiliser des méthodes d'autopsie verbale (AV) pour déterminer les causes probables de décès. L'autopsie verbale est une méthode de détermination des causes de décès dans laquelle un enquêteur formé utilise un questionnaire pour recueillir des informations sur les signes, les symptômes et les caractéristiques démographiques d'une personne récemment décédée auprès d'un individu familier de la personne décédée. Sur la base des informations fournies par le questionnaire, une ou plusieurs causes probables de décès peuvent être attribuées soit par un médecin, soit par des algorithmes informatiques. (15).

Il a été généralement observé qu'environ trois quarts des décès dans les pays africains se produisent à domicile ou en dehors des formations sanitaires (16) certains pays (Éthiopie, Tchad, Sud-Soudan) enregistrant des proportions encore plus élevées (>90%). Par conséquent, un bref aperçu de la structure générique et des processus fonctionnels des systèmes de notification des décès, tant pour les établissements que pour les communautés, peut aider à placer l'activité globale de développement de la surveillance de la mortalité dans son contexte et fournir une base pour les activités de renforcement du système.

2.1 LES SYSTÈMES D'INFORMATION SANITAIRE QUI RECUEILLEN ET COMMUNIQUENT DES DONNÉES SUR LA MORTALITÉ

2.1.1 Système d'information sur la gestion sanitaire de routine

Au niveau mondial, les données sur la mortalité sont souvent utilisées pour mesurer la qualité des services de soins de santé fournis aux niveaux national et infranational. C'est pourquoi le nombre de décès est systématiquement collecté par les prestataires de soins de santé aux points de service et communiqué au niveau suivant par le biais du système national d'information sur la gestion de la santé (HMIS). Dans la plupart des pays, la plateforme HMIS comprend également des données sur la mortalité provenant de systèmes d'enregistrement des décès à base communautaire gérés par le secteur de la santé, en

particulier dans les zones rurales. Les programmes de surveillance et de réponse aux décès maternels et périnataux (MPDSR), les programmes de surveillance de maladies spécifiques (par exemple, le VIH/SIDA, la tuberculose), entre autres, sont des exemples de ces systèmes d'information sur la santé qui comportent une composante communautaire de déclaration des décès.

Plus récemment, l'OMS a encouragé l'utilisation d'une plateforme électronique standard pour les opérations HMIS au niveau du district via le District Health Information System Version 2 (DHIS2), qui est régulièrement utilisé pour dériver des indicateurs, y compris la mortalité, pour le suivi et l'évaluation de la performance des services de santé sur une base régulière. En plus de fournir des données liées aux services de santé, le HMIS fournit également des données sur la mortalité enregistrée par les programmes spécifiques aux maladies mentionnés ci-dessus.

Ces programmes de surveillance spécifiques à une maladie recueillent souvent des informations sur la mortalité liée à une cause particulière, qui constitue l'un des résultats sanitaires étudiés, mais ils n'enregistrent que les décès des patients inscrits pour recevoir des soins de santé dans le cadre du programme, et les données ne sont donc pas généralisables à des fins de santé publique. (17). Toutefois, l'intégration de ces registres de décès avec ceux des systèmes communautaires et des formations sanitaires (en procédant à un rapprochement minutieux des registres pour éviter les doublons) peut améliorer l'exhaustivité globale des registres de décès, ainsi que l'exactitude des causes de décès enregistrées.

2.1.2 Système intégré de surveillance des maladies et de riposte

La structure de surveillance intégrée des maladies et de riposte (IDSR) est une composante du HMIS de routine qui fournit une plateforme intégrée pour le partage des données épidémiologiques sur les maladies prioritaires et les événements d'importance pour la santé publique. (18) La stratégie IDSR est utilisée par les ministères de la Santé de la plupart des pays africains pour surveiller les événements prioritaires par une identification et une notification précoces, dans le but de prévenir et de contrôler les urgences potentielles de santé publique d'intérêt national et international. (19). Le cadre de l'IDSR intègre à la fois la surveillance basée sur les événements et la surveillance basée sur les indicateurs en tant que composantes de l'alerte et de la réponse précoces et de l'information sur les épidémies.

L'OMS définit la **Surveillance basée sur les événements (SBE)** comme la collecte, le suivi, l'évaluation et l'interprétation organisés d'informations ad hoc principalement non structurées concernant des événements ou des risques sanitaires susceptibles de représenter un risque aigu pour la santé. La SBE est un mécanisme de renseignement sur les épidémies souvent utilisé par les autorités d'intervention d'urgence pour l'identification précoce d'événements anormaux ou inhabituels le plus tôt possible sur une base ad hoc. Les informations sont également collectées sur la base de signaux/alertes prédéfinis provenant à la fois des formations sanitaires et des informations communautaires, ainsi que de sources d'informations sanitaires non traditionnelles ad hoc (telles que les médias), en vue d'une validation et d'une enquête plus approfondies par les autorités responsables afin d'écarter les menaces potentielles pour la santé publique. La SBE complète les fonctions de l'IDSR en combinant les informations des formations sanitaires et des communautés avec une analyse active des médias pour identifier les alertes potentielles qui font l'objet d'un examen plus approfondi conformément aux orientations de l'IDSR. En tant que plateforme ouverte de renseignements sur les épidémies (EIOS), le mécanisme SBE de collecte d'informations peut être exploité pour détecter des événements vitaux survenant dans des communautés mal desservies et dans des situations d'urgence où il n'existe pas de structures appropriées pour la communication d'informations sur la santé.

La **Surveillance basée sur des indicateurs (SBI)** est l'identification, la collecte, le suivi, l'analyse et l'interprétation systématiques de données structurées sur une base régulière. Les événements survenant au sein de la communauté et des formations sanitaires sont systématiquement identifiés à l'aide de définitions de cas standard et signalés au niveau hiérarchique suivant, au cas par cas ou sous forme de chiffres agrégés, afin de faciliter une prise de décision rapide en vue d'interventions urgentes.

Parmi les événements prioritaires définis dans le cadre de l'IDSR figurent les décès liés à des causes spécifiques, telles que la rougeole, le paludisme, le VIH, les décès maternels, les décès périnataux et les cas de décès inhabituels. La plateforme IDSR est largement établie dans la plupart des États membres et fournit un cadre favorable à la surveillance de la mortalité en temps opportun, en particulier au niveau des formations sanitaires où des rapports immédiats et hebdomadaires sont obligatoires.

Lorsque l'IDSR enregistre les décès survenus dans les formations sanitaires et au sein de la communauté, le système d'enregistrement doit préciser le lieu du décès (établissement de santé ou domicile) et dans le cas d'un décès survenu au sein de la communauté, s'il a fait l'objet d'une assistance médicale. Les



agents de santé communautaires ou les bénévoles de la communauté servent avant tout de lien entre la communauté et l'établissement de santé. Ces personnes ont généralement une bonne connaissance des communautés qu'elles servent, car elles peuvent elles-mêmes être des résidents et même des gardiens de l'information au niveau des ménages.

Si les données de l'IDSR peuvent aider à surveiller le nombre d'événements dans le temps, elles peuvent ne pas être utiles pour l'analyse comparative de l'ampleur de la maladie en termes de mortalité proportionnelle, ou pour l'évaluation comparative du risque de mortalité au sein de la population par le calcul des taux de mortalité. En effet, l'IDSR a pour principale fonction d'identifier les maladies et les événements prioritaires en matière de santé publique et ne compile donc pas d'informations sur tous les décès.

2.1.3 Surveillance et réponse aux décès maternels et périnataux (20)

Le système de surveillance et d'intervention en cas de décès maternel et périnatal recueille des informations sur les causes de décès concernant les issues défavorables de la grossesse, y compris le décès maternel, la perte de grossesse, la mortinaissance et les décès de nouveau-nés. La surveillance et l'intervention en cas de décès maternel et périnatal est une forme de surveillance continue qui relie le système d'information sanitaire et les processus d'amélioration de la qualité, du niveau local au niveau national. Elle comprend l'identification, la notification, la quantification et la détermination des causes des décès maternels et périnataux, ainsi que l'utilisation de ces informations pour prendre des mesures visant à prévenir les décès évitables à l'avenir. Dans les pays dotés de systèmes MPDSR, il existe une capacité technique et structurelle qui permet de mettre en place un système de surveillance de la mortalité toutes causes confondues. (21).

2.2 SYSTÈMES DE DONNÉES SUR LA MORTALITÉ BASÉS SUR LA POPULATION

2.2.1 Systèmes d'enregistrement des faits d'état civil et de statistiques de l'état civil (CRVS)

Le Cadre Continental reconnaît le besoin urgent pour les pays de produire des données pour les actions de santé publique, y compris pour la préparation et la réponse aux situations d'urgence, tout en s'alignant sur le programme à long terme du CRVS. Dans le système CRVS, les événements vitaux sont principalement notifiés aux autorités de l'état civil par les personnes concernées, mais peuvent également être notifiés, conformément à la loi, par des déclarants autorisés, tels que les médecins, qui remplissent le certificat médical de la cause du décès, et d'autres informateurs, y compris la police et les chefs ou agents de communautés.

Les systèmes de surveillance de la mortalité peuvent et doivent, dans la mesure du possible, être utilisés pour soutenir le développement du système CRVS. Dans le cas où les événements du système de surveillance de la mortalité sont également notifiés aux autorités de l'état civil, les données collectées devraient inclure l'ensemble minimum d'éléments de données requis pour l'enregistrement légal. Compte tenu des implications juridiques de l'enregistrement à l'état civil, il peut y avoir des exigences telles que les signatures/empreintes du pouce ou d'autres mesures de sécurité des données, qui peuvent aller au-delà des exigences d'un système standard de surveillance de la mortalité. Dans ces cas, les pays doivent décider de la manière d'harmoniser la collecte et le transfert des données à différents niveaux, y compris les accords de partage des données, afin de répondre aux besoins de tous les utilisateurs.

2.2.2 Systèmes de surveillance sanitaire et démographique

Les systèmes de surveillance sanitaire et démographique (SSD) recueillent des données longitudinales sanitaires et démographiques sur des événements tels que les grossesses, les naissances, les décès et d'autres variables sanitaires et socio-économiques dans une zone géographique bien définie. (22). L'annexe 3 résume les caractéristiques des programmes de SSDH, désormais opérationnels dans 18 pays du continent africain. Les données de base sur les ménages sont collectées lors d'un recensement et régulièrement mises à jour par des opérations de dénombrement des ménages afin de permettre le suivi de la dynamique de la population. Outre d'autres données sanitaires, les sites du HDSS constituent une bonne source de données sur la mortalité, y compris toutes les causes et les fractions spécifiques aux causes, et permettent de générer des tables de mortalité pour l'estimation des taux de survie en raison de la nature longitudinale des données collectées. Ces sites de surveillance sentinelle offrent une occasion unique de surveiller les risques pour la santé publique et de suivre l'efficacité des interventions grâce aux données produites. Ils constituent également une plateforme utile pour la réalisation d'enquêtes transversales auprès des ménages, dont les données peuvent être utilisées pour valider les données de

surveillance. Certains pays comme le Burkina Faso, l'Éthiopie, le Kenya, la Tanzanie et l'Ouganda, entre autres, exploitent des sites de SSDH dans plusieurs endroits, représentant effectivement différentes régions géographiques ou strates socio-économiques de leurs populations nationales.

Cependant, la principale limite des HDSS est qu'ils couvrent des zones géographiques relativement petites qui ne sont pas représentatives de l'ensemble de la population. En outre, la taille des populations étudiées n'est pas suffisante pour générer des données permettant de mesurer de manière fiable les indicateurs de mortalité communément requis totalement ou même partiellement et par cause de décès (23). Par conséquent, bien que les données réelles du HDSS soient d'une valeur limitée à des fins de surveillance, les expériences de mise en œuvre du programme HDSS devraient être exploitées par les pays pour renforcer la surveillance de la mortalité grâce à une couverture plus large et à une extension à l'ensemble du pays. En outre, les sites du HDSS pourraient être utilisés comme zones pilotes pour tester les révisions des lois et procédures du CRVS en matière de déclaration/enregistrement des décès et de leurs causes, et appliquer les leçons tirées pour améliorer l'efficacité du CRVS dans l'ensemble du pays. Les programmes du HDSS devraient également viser à partager les données avec les gouvernements nationaux en vue de leur intégration et de leur utilisation avec d'autres sources de données (24).

2.3. AUTRES INITIATIVES D'ENREGISTREMENT DE LA MORTALITÉ POUVANT FACILITER LA SURVEILLANCE DE LA MORTALITÉ

2.3.1 Exemples de systèmes d'enregistrement de l'état civil

Les systèmes d'enregistrement de l'état civil par échantillonnage (SRS) sont des systèmes de surveillance de la mortalité par échantillonnage qui utilisent des approches innovantes pour le dénombrement des événements vitaux, avec ou sans méthodes d'autopsie verbale pour déterminer la cause du décès dans les zones échantillonnées. Ces innovations sont utilisées pour dénombrier les naissances et les décès au sein de la communauté grâce à des méthodes actives de recherche de cas. Cependant, malgré l'utilisation du terme « enregistrement » dans la dénomination, il est important de noter que la plupart des approches SRS ne relaient pas toujours les données d'état civil collectées aux autorités de l'état civil ni ne contribuent strictement nécessairement à la production de données de mortalité représentatives au niveau national. Il convient de noter que lorsque ces systèmes existent, des efforts doivent être faits pour les relier ou les intégrer progressivement aux autorités de l'état civil afin de permettre l'enregistrement de ces événements vitaux. Lorsqu'il est mis en œuvre sur un échantillon représentatif, l'enregistrement de l'état civil par sondage avec autopsie verbale (SAVVY) peut être utilisé pour produire une estimation statistiquement valable des données nationales et infranationales sur la mortalité, y compris la cause du décès (25).

Il est essentiel que les pays qui mettent en œuvre des systèmes de surveillance de la mortalité par sondage alignent ces activités sur les besoins et les priorités spécifiques du pays afin de garantir l'amélioration et l'utilisation des données relatives à la mortalité. Il est également nécessaire de veiller à ce que la taille de l'échantillon soit adéquate afin de générer des données suffisantes pour une mesure fiable de la mortalité. (26). Ces efforts menés par les pays devraient être adaptés aux capacités et infrastructures existantes, améliorer les systèmes CRVS, aider à documenter les décès communautaires et fournir une plateforme d'intégration avec d'autres systèmes de surveillance de la santé publique. En outre, lorsqu'ils sont reliés aux systèmes CRVS existants, ces systèmes peuvent contribuer à améliorer l'exhaustivité des enregistrements légaux des naissances et des décès.

2.3.2 Surveillance de la mortalité à l'échelle nationale pour l'action

La surveillance de la mortalité à l'échelle nationale pour l'action (COMSA) est un SRS solide qui recueille des données de haute qualité sur les naissances et les décès à l'échelle nationale et permet de calculer les taux de natalité, les taux de mortalité et les fractions de mortalité par cause aux niveaux national et infranational. Il est conçu pour s'aligner sur les priorités et les plans nationaux de renforcement du CRVS et est dirigé dès le départ par des équipes nationales comprenant des instituts nationaux de statistiques, des ministères de la Santé, des instituts nationaux de santé publique et des autorités chargées de l'enregistrement des faits d'état civil. Au Mozambique, par exemple, l'approche COMSA a d'abord été utilisée pour générer des données sur la mortalité pour les programmes de santé publique, et le pays s'oriente vers l'utilisation de la même plateforme pour renforcer l'enregistrement légal des naissances et des décès dans tout le pays.(27).

Avec la COMSA, le personnel gouvernemental assure la surveillance de 3 à 8 % de la population nationale, un échantillon soigneusement sélectionné pour être représentatif au niveau national et infranational, et basé sur des groupes de population qui correspondent aux zones administratives locales du CRVS. Dans



les zones et les populations échantillonnées, le personnel identifie, enregistre et signale prospectivement les grossesses, les naissances et les décès, et procède à une autopsie verbale (AV) pour les décès survenant en dehors des établissements de santé. Les données sont collectées par des agents de santé communautaires/bénévoles soutenus par le personnel du programme, à l'aide d'outils automatisés sur des tablettes mobiles, et saisies dans une base de données en ligne pour être ensuite transmises au niveau national pour la détermination de la cause, le codage et le traitement final. Les données des autopsies verbales sont transformées en données sur les causes de décès et utilisées pour calculer des estimations nationales et infranationales précises et opportunes des taux de natalité et de mortalité. La surveillance de la mortalité à l'échelle nationale permet également d'améliorer la capacité locale à coder la cause du décès et à certifier les décès à l'aide du certificat médical international de l'OMS, tout en établissant un lien avec les systèmes CRVS existants afin d'améliorer l'exhaustivité de l'enregistrement des naissances et des décès.

2.3.3 Surveillance de la santé infantile et de la prévention de la mortalité

La Surveillance de la santé des enfants et de la prévention de la mortalité (CHAMPS) est un programme de surveillance qui recueille des données sur les causes de décès chez les enfants de moins de cinq ans, en utilisant une combinaison d'autopsies verbales, de dossiers médicaux de mortinaissances et de décès d'enfants de moins de cinq ans survenus dans des sites sélectionnés, ainsi que d'autres preuves pathologiques disponibles. Un groupe de spécialistes examine ces informations pour chaque cas CHAMPS et détermine la cause la plus probable du décès. Les données de CHAMPS peuvent compléter les informations du programme national de surveillance de la mortalité.

2.3.4 Recensement de la population et enquêtes sanitaires avec autopsie verbale de suivi

Un recensement de la population est l'ensemble des opérations de collecte, de compilation, d'évaluation, d'analyse et de diffusion des données démographiques, économiques et sociales relatives à une période donnée, pour toutes les personnes d'un pays. En général, les recensements de la population et du logement et les enquêtes démographiques et sanitaires sont menés tous les cinq ou dix ans, respectivement. En l'absence de systèmes complets d'enregistrement des faits d'état civil en Afrique, les recensements de population constituent l'une des principales sources de données sur la mortalité. Cependant, comme mentionné précédemment, les données de mortalité issues des recensements ont une utilité limitée tant pour la surveillance que pour l'évaluation de la santé de la population, en raison de leur manque d'actualité et du risque élevé de biais dus au temps. Pour ces raisons, même les données d'autopsie verbale ont une fiabilité limitée puisque les périodes de survenance du décès est supérieure elle aura un impact négatif sur la qualité des réponses concernant les symptômes et les événements terminaux liés à la cause possible du décès.

La principale utilité des données de recensement pour la surveillance de la mortalité réside dans la fourniture de données de haute qualité sur la population actuelle par âge, sexe et lieu, qui peuvent être utilisées comme dénominateur pour estimer le risque de mortalité, comme cadre d'échantillonnage pour sélectionner les sites sentinelles/échantillons pour les activités de surveillance, et (en conjonction avec les données des recensements précédents) comme base pour prévoir les caractéristiques futures de la population en termes de taille ou de composition.

CHAPITRE 3 : FONCTIONS DU SYSTÈME DE SURVEILLANCE DE LA MORTALITÉ

Lors de la conception d'un système de surveillance de la mortalité, les principes clés à prendre en compte devraient inclure la flexibilité du système et la possibilité de s'adapter et de s'appuyer sur les ressources existantes. Plusieurs activités essentielles et mécanismes de soutien font partie intégrante de la conception et du fonctionnement d'un programme de surveillance de la mortalité, comme le montre la figure 1. Les fonctions essentielles du système de surveillance de la mortalité sont regroupées en six catégories : détection des événements, notification immédiate du décès au niveau suivant du système de santé, détermination de la cause probable du décès à l'aide des méthodes d'autopsie verbale et d'autopsie sociale (AV et AS) pour les décès communautaires (généralement un échantillon prédéterminé de décès communautaires), certification de la cause du décès, notification instantanée

de la cause du décès, codage, compilation, analyse et interprétation des données et diffusion des données probantes générées en vue d'actions (**tableau 3**).

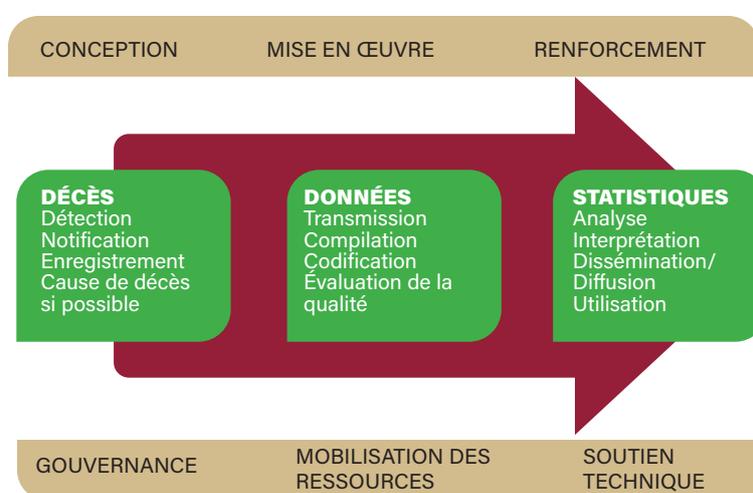


Figure 1: Cadre des activités essentielles et fonctions de soutien pour le fonctionnement du système de surveillance de la mortalité

Une surveillance complète de la mortalité devrait être mise en œuvre à tous les niveaux, y compris au niveau de la communauté où se produisent la plupart des décès, au niveau des établissements de santé, au niveau local, au niveau infranational et au niveau national. À chacun de ces niveaux, un cycle d'actions et de processus sera mis en œuvre en fonction des capacités, des rôles et des responsabilités existants.

Tableau 3: Fonctions essentielles du système de surveillance de la mortalité à différents niveaux de mise en œuvre (peut varier d'un pays à l'autre)

Fonction principale	Niveau de mise en œuvre			
	Communauté	Formation sanitaire	Infranational	Nationales
a) Détection d'événements	X	X		
b) Rapport immédiat au niveau supérieur (notification au système d'état civil)	X	X	X	
c) Déterminer la cause du décès	Autopsie verbale(VA)	MCCD		



Fonction principale	Niveau de mise en œuvre			
	Communauté	Formation sanitaire	Infranational	Nationales
d) Application du codage de la mortalité selon la CIM		X	X	X
e) Compilation des données collectées			X	X
f) Évaluation de la qualité, analyse et interprétation	X	X	X	X
g) Diffusion des données générées pour les actions	X	X	X	X

3.1 FONCTIONS ESSENTIELLES D'UN SYSTÈME DE SURVEILLANCE DE LA MORTALITÉ

3.1.1 Détection des événements

Les décès surviennent soit dans la formation sanitaire, soit dans d'autres lieux de la communauté. Le système doit être en mesure de saisir et d'enregistrer tous ces décès en utilisant les différentes sources d'information telles que les dossiers des formations sanitaires, les prestataires de services de santé communautaires, les programmes de surveillance des maladies, les registres des villages et les dossiers administratifs tels que la police, les dossiers d'autres services tels que les assureurs, les pompes funèbres et les médecins légistes.

- *Enregistrement des décès dans les formations sanitaires*

Lorsqu'un décès survient dans une formation sanitaire, l'autorité hospitalière doit se conformer aux procédures du CRVS pour enregistrer les détails du décès à soumettre à l'autorité locale d'enregistrement, en même temps que le certificat médical international de décès rempli par le médecin qui a assisté au décès. Le programme de surveillance de la mortalité doit utiliser les informations enregistrées dans le cadre des pratiques standard de déclaration des décès dans les établissements de santé, mais avec les modifications nécessaires pour se conformer aux recommandations internationales.

- *Enregistrement des décès en dehors des établissements de santé*

Lorsqu'un décès survient dans la communauté (à domicile, dans un accident de circulation, par noyade ou autre), l'agent de santé communautaire ou son représentant doit immédiatement consigner les détails pertinents sur un formulaire standard comprenant un ensemble minimum de variables telles que la date du décès, l'âge, le sexe, le lieu de résidence et la cause du décès, si elle est connue. Le format doit de préférence être aligné sur le protocole national de notification des décès, tel qu'il est prescrit par le système CRVS. Dans certains cas, le système CRVS gère également un réseau d'informateurs clés locaux qui identifient et enregistrent les décès au sein de la communauté, y compris les chefs religieux, les chefs de village, les pompes funèbres / organisations, et la police locale, ainsi que le personnel de santé de la communauté. Ces pratiques locales d'enregistrement des décès pourraient également être exploitées par le programme de surveillance de la mortalité.

3.1.2 Notification immédiate des événements au niveau suivant

Dans le cadre de la surveillance de la santé publique, la notification est utilisée pour faire référence au signalement immédiat d'événements prioritaires basés sur des cas, dans le but de mener une enquête en temps utile pour exclure ou confirmer une épidémie. Toutefois, dans le CRVS, la notification fait référence au processus juridique qui se produit après l'identification et la vérification d'un événement et se réfère au processus officiel suivi par l'informateur (notifiant) pour notifier l'événement aux autorités, en vue d'une inscription ultérieure dans le registre d'état civil (c.-à-d. l'enregistrement).

Une fois identifié, le notificateur responsable au sein de la communauté ou de l'établissement de santé doit immédiatement signaler le décès au niveau suivant, conformément aux mécanismes prescrits par

le programme de surveillance de la mortalité. La notification peut être quotidienne, hebdomadaire ou mensuelle, en fonction de trois critères : l'urgence de l'information requise (par exemple, en cas d'épidémie ou de toute autre urgence de santé publique), les lignes directrices et les normes en vigueur pour la notification systématique des données de surveillance et, si les événements doivent être enregistrés légalement, les lignes directrices et les normes en vigueur pour la notification systématique des données de l'état civil.

Pour les besoins de la notification, l'entrée d'un ensemble minimum de données requises par le système CRVS doit être déterminée et mise à la disposition des cadres chargés de la notification afin de garantir l'uniformité et l'alignement sur l'ensemble préexistant de variables de données du CRVS. Pour les programmes de surveillance de la mortalité, le **tableau 4** fournit une liste de variables essentielles et facultatives qui pourraient être collectées.

Pour garantir la comparabilité des données extraites des différents sous-systèmes, il est essentiel que les équipes nationales adoptent des protocoles, des procédures et des outils standardisés pour la collecte et la communication des données des différents sous-systèmes. En cas d'épidémie, il est urgent de disposer d'informations sur certaines caractéristiques essentielles des décès, qui pourraient être fournies dans un format simple.

Par exemple, un rapport de notification peut fournir des informations sommaires sur l'âge, le sexe, la date et le lieu au cas par cas. Lorsque plusieurs cas sont identifiés, les informations doivent être compilées dans une liste de lignes (voir l'exemple du **tableau 5**) qui est ensuite transmise au niveau suivant pour déclencher d'autres actions de surveillance, y compris la collecte d'informations sur les raisons du décès.

Pour que les rapports soient établis en temps voulu, les pays sont encouragés à promouvoir des mécanismes automatisés de saisie et de transfert des données afin de faciliter la collecte, la transmission, la compilation, l'analyse et la diffusion en temps voulu des informations nécessaires à l'action. Des applications telles que le kit de données ouvert (ODK), le service de messagerie courte (SMS) par téléphone mobile et d'autres applications similaires devraient être soigneusement prises en compte lors de la mise en place de systèmes de surveillance de la mortalité, car elles permettent de réduire les délais de transfert des données papier vers le format électronique. Des dispositions adéquates en matière de sécurité des données doivent être prises pour garantir le respect de la vie privée et la confidentialité des données transmises électroniquement par l'intermédiaire des plateformes d'information publiques.

Tableau 4: Variables essentielles et supplémentaires requises pour les programmes de surveillance de la mortalité

	Catégorie	Variable	Remarques
VARIABLES ESSENTIELLES	Identité / données démographiques	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Nom(s)* ▪ Date de naissance / Âge ▪ Le sexe ▪ Adresse de la résidence habituelle ▪ Numéro d'identification national (si disponible) 	Noms complets Âge en années révolues Adresse complète
	Données de l'événement	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Date de survenance du décès ▪ Adresse de l'événement ▪ Lieu du décès (domicile/ hôpital) ▪ Nom de l'hôpital ▪ Date d'inscription au registre civil 	Vérifier la date / le mois du décès et l'enregistrement du décès Adresse complète Nom de l'institution

	Catégorie	Variable	Remarques
VARIABLES FACULTATIVES	Causes de décès	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Décès médicalement certifié (oui / non) ▪ Si oui, données du MCCD (causes multiples avec durée pour chaque cause) ▪ Autopsie verbale COD ▪ Les membres de la famille ont rapporté des troubles de la coexistence (COD) 	Saisie des formulaires complets du MCCD Préciser la source du diagnostic VA (médecin / ordinateur)
	Autres données relatives à la santé	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Variables facilitant une surveillance approfondie de la mortalité épidémique, telles que la confirmation du diagnostic, le statut vaccinal et l'accès aux soins de santé en phase terminale, entre autres. 	Cela nécessiterait la collecte de données supplémentaires à partir des systèmes d'information sur la santé, lorsqu'ils sont disponibles

* Les noms ne sont collectés qu'à des fins de vérification, en particulier lors de la collecte d'enregistrements de décès pour la population de référence à partir de sources de données parallèles.

Tableau 5: Exemple de variables pour la notification immédiate d'événements de décès toutes causes confondues

SN	Nom du défunt	Date du décès	Le sexe	Âge au décès	Lieu de résidence habituel	Lieu du décès	Cause du décès (si elle est connue)	Remarques
1.								
2.								
3.								

3.1.3 Détermination et déclaration des causes de décès

Comme indiqué précédemment, pour les décès survenus dans une formation sanitaire, les médecins traitants remplissent un formulaire MCCD qui est soumis dans le cadre des procédures de notification des décès. La section MCCD permet d'enregistrer plusieurs causes de décès, y compris les causes immédiates, antécédentes et sous-jacentes dans une séquence physiopathologique, ainsi que toutes les causes contributives. Dans certains cas, le rapport de décès de la formation sanitaire peut comprendre un formulaire unique complet avec les sections relatives à la notification du décès et à la cause du décès, ou un formulaire unique avec des sections distinctes pour ces deux éléments, ou encore deux formulaires distincts.

Quelle que soit la pratique locale, les causes enregistrées pour les décès dans les formations sanitaires doivent être signalées au CRVS ou au programme de surveillance de la mortalité. Dans tous les États membres de l'Union africaine, les décès communautaires sont notifiés avec la cause du décès telle qu'elle est rapportée par le ménage. En réalité, la plupart de ces décès sont attribués à des causes non spécifiques et n'ont aucune utilité pour la santé publique. Il est donc recommandé que ces décès communautaires (en fonction des besoins et de la faisabilité) fassent l'objet d'une visite dans les ménages afin de mener un entretien d'autopsie verbale et d'obtenir des informations complémentaires sur le décès auprès de la famille ou des personnes qui s'occupent du défunt dans la communauté. Ces entretiens d'autopsie verbale pourraient être réalisés uniquement sur un échantillon de décès communautaires dans une zone, si nécessaire. À la suite de l'entretien d'autopsie verbale, les données doivent être communiquées aux districts ou circonscriptions de la santé territorialement compétents pour l'analyse de la cause du décès.

3.1.4 Codage de la cause du décès

Pour tous les décès survenus dans une formation sanitaire et notifiés à l'aide de formulaires MCCD, les causes multiples de décès enregistrées sur les formulaires MCCD doivent faire l'objet d'un codage de la mortalité sur la base des normes de la CIM. Le codage doit être effectué par une équipe de codeurs formés. L'identification de la cause sous-jacente du décès et du code CIM correspondant implique un ensemble de processus complexes qui requièrent une expertise hautement technique nécessitant une formation approfondie afin de garantir la production de données de qualité ; le codage devrait être effectué par des codeurs CIM désignés et formés. Dans certains cas, le codage de la mortalité peut être effectué dans l'établissement de santé, avant que les dossiers ne soient soumis au CRVS/à la surveillance de la mortalité. Les causes de décès communautaires basées sur l'autopsie verbale (VA) devraient également se voir attribuer les codes CIM appropriés, afin de faciliter l'analyse statistique.

3.1.5 Compilation des données collectées

Pour faciliter la compilation des données, il est souhaitable que le fichier de mortalité soit informatisé à partir du moment où l'événement est saisi. Ce fichier informatisé pourrait être soumis, selon des périodes définies, aux nœuds suivant le découpage administratif et sanitaire de chaque pays désigné du programme de surveillance de la mortalité, où ils pourraient être rassemblés et consolidés à partir de différentes sources/compilés à partir de différents lieux, dans une base de données complète pour le niveau concerné. Il convient d'être particulièrement attentif, lors de la compilation des enregistrements provenant de d'une formation sanitaire et de la communauté, à l'identification et à l'élimination des doublons (par exemple, un décès survenu dans d'une formation sanitaire qui est également signalé par le membre de la famille à la source d'enregistrement de la communauté locale).

En fonction de la nature des programmes d'enregistrement des décès, la récupération/consolidation entre les différentes sources peut être effectuée soit au niveau local (par exemple, au sein d'un village ou d'une unité urbaine), soit de manière plus centralisée au niveau des circonscriptions plus petites ou celles plus grands, soit au niveau de l'entrepôt de données central. Étant donné que le processus de consolidation des données nécessitera probablement des vérifications supplémentaires sur le terrain pour certains événements, il est recommandé de mettre en œuvre cette récupération au niveau le plus périphérique, afin d'améliorer la faisabilité et la disponibilité en temps voulu des données consolidées. À terme, toutes les données consolidées provenant de différentes sources devraient être disponibles sous la forme d'une base de données centrale complète sur la mortalité. À chaque niveau, un personnel spécifique devrait être identifié pour gérer la base de données et superviser d'autres fonctions d'évaluation de la qualité des données, ainsi que pour garantir la transmission en temps voulu des rapports au niveau national.

3.1.6 Évaluation de la qualité, analyse et interprétation

Le programme de surveillance doit établir un protocole pour évaluer l'exhaustivité et l'exactitude des variables de données pour chaque enregistrement de décès, ainsi que pour l'exhaustivité globale des décès déclarés pour la population sous surveillance. Il convient de veiller à adopter des normes de données pertinentes pour la qualité des variables enregistrées (âge, adresse, y compris lieu de résidence/survenance, date de décès/déclaration, etc.), ainsi qu'à établir des dénominateurs de population appropriés pour l'évaluation de l'exhaustivité et pour l'analyse des résultats de la mortalité dans la population sous surveillance sur une base périodique. Une liste détaillée des indicateurs de mortalité figure dans le guide opérationnel qui est en cours d'élaboration et qui sera utilisé comme complément du présent document. Voici une sélection de ces indicateurs qui représentent à la fois la mortalité totale et la mortalité par cause :

- Nombre de décès par âge et par sexe ; (périodiquement mis à jour avec les totaux actuels et cumulés, par localisation géographique)
- Analyse des tendances de la mortalité dans le temps et comparaisons entre les sous-populations
- Tout paramètre épidémiologique spécifique pertinent pour la surveillance de la pandémie (par exemple, le statut vaccinal, le lieu du décès (hôpital/communauté), etc.
- Sur une base annuelle, certains indicateurs de mortalité standard pourraient être mesurés à partir des données de surveillance, tels que
 - Risques de mortalité à différents âges — tels que la mortalité infantile, la mortalité des enfants de moins de cinq ans, la mortalité des adultes et des personnes âgées.



- Taux de mortalité maternelle
- Espérance de vie annuelle à la naissance
- Principales causes de décès pour différents groupes d'âge
- Taux de mortalité standardisés par âge et par cause

Au niveau continental, le protocole d'analyse des données pourrait également inclure le suivi de ces indicateurs afin d'interpréter les niveaux et les tendances de la mortalité dans les différents pays et au fil du temps. Une analyse et une interprétation comparatives pourraient également être effectuées entre les sous-régions ainsi que des comparaisons internationales avec d'autres régions du monde, avec des interprétations appropriées des niveaux et des tendances de la mortalité pour la surveillance des épidémies ainsi que pour mesurer les progrès accomplis dans la réalisation des objectifs de développement durable des Nations unies.

3.1.7 Diffusion des données générées

Les informations qui en résultent doivent être présentées de manière appropriée pour différents publics et diffusées en temps utile afin de permettre une prise de décision fondée sur des données probantes à tous les niveaux. Les pays chargés de la mise en œuvre doivent élaborer un plan de diffusion pour assurer le partage régulier et périodique des informations avec les parties prenantes. Parmi les utilisateurs qui devraient être ciblés pour la diffusion de l'information, on peut citer : les professionnels de la santé, les dirigeants politiques, les fonctionnaires, les leaders d'opinion, les universitaires, les organisations de la société civile, les chercheurs, les entreprises, les médias et le grand public, entre autres. Les données de surveillance de la mortalité doivent également être communiquées aux agences internationales telles que l'OMS et le CDC Afrique, conformément aux réglementations et mandats internationaux en matière de santé. Les produits d'information issus des données de surveillance pourraient inclure des tableaux de bord électroniques, des fiches d'information périodiques avec des variables et/ou des indicateurs sommaires, et des rapports statistiques annuels. Ces données devraient être utilisées pour répondre à divers besoins, notamment le suivi et l'alerte précoce pour la surveillance des épidémies, ainsi que pour la planification, la hiérarchisation des ressources, l'amélioration des programmes, l'évaluation de l'impact des programmes, le plaidoyer, la mobilisation des ressources et l'élaboration de politiques.

3.2 PRINCIPALES CONSIDÉRATIONS STRATÉGIQUES POUR LA MISE EN PLACE D'UN SYSTÈME FONCTIONNEL DE SURVEILLANCE DE LA MORTALITÉ

Lors de la planification de leurs programmes de surveillance de la mortalité, les pays devraient envisager stratégiquement et hiérarchiser leurs options pour permettre des programmes renforcés et durables à long terme. Dans un scénario idéal, nous devrions exploiter le CRVS et d'autres systèmes de surveillance de la mortalité existants pour une surveillance de la mortalité en temps réel. Bien que les systèmes CRVS ne soient pas totalement établis dans la plupart des États membres de l'Union africaine, il est probable que plusieurs des systèmes de notification de la mortalité décrits dans la section précédente soient opérationnels dans chaque pays, parallèlement au système CRVS. Toutefois, ces systèmes ont une couverture inégale et sont limités en raison des faibles niveaux d'exhaustivité et d'autres aspects de la qualité des données. Néanmoins, ces systèmes de données de mortalité existants offrent une plateforme de base des pratiques et de l'expérience nationales en matière d'enregistrement des décès.

Il est nécessaire de tirer parti de l'expérience acquise lors de la mise en œuvre ainsi que des ressources humaines, techniques et financières disponibles dans le cadre de ces multiples systèmes de notification des décès. Par conséquent, plusieurs éléments doivent être pris en compte lors de la conception d'un programme de surveillance de la mortalité qui s'appuie sur les ressources disponibles pour atteindre les objectifs fixés pour l'activité. La figure 2 résume ces considérations, dont certaines sont abordées ci-dessous et dans les sections suivantes de ce document.

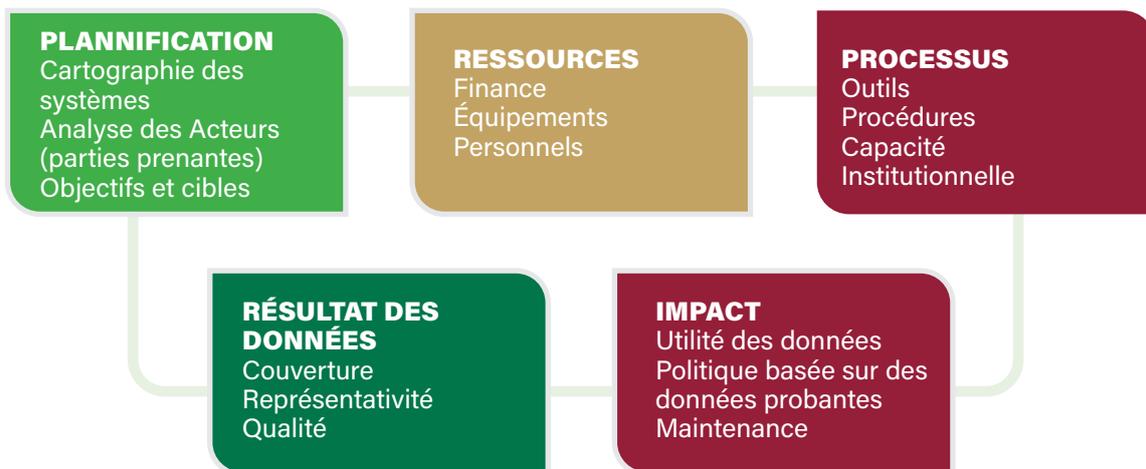


Figure 2: Éléments clés à prendre en compte lors de la conception d'un programme de surveillance de la mortalité

3.2.1 Couverture géographique de la surveillance de la mortalité

La valeur du suivi des tendances et du calcul des taux de mortalité dépend de la couverture géographique et de la portée des activités de surveillance de la mortalité qui sont mises en œuvre, afin de générer des données représentatives de la population sous surveillance. Une plus grande attention peut être accordée à la couverture universelle, mais lorsque cela n'est pas possible, la meilleure solution consiste à établir une stratégie d'échantillonnage représentative au niveau national ou infranational. Une couverture optimale peut être obtenue en cartographiant les sources de mortalité existantes afin d'identifier et de compléter les lacunes dans la couverture et de promouvoir le partage des données lorsque cela est possible. Étant donné que les systèmes CRVS ont pour mandat d'assurer une couverture universelle conformément aux orientations de la DSNU, il convient de leur accorder la priorité, car ils pourraient constituer la base institutionnelle et à long terme du système de surveillance de la mortalité.

3.2.2 Outils et processus d'enregistrement des décès

L'enregistrement des décès à l'aide d'outils de collecte de données standard est l'épine dorsale des systèmes de surveillance de la mortalité et peut être normalisé et numérisé pour garantir que les données sont saisies une seule fois pour un usage multiple et spontanément. Les outils de collecte de données du système CRVS peuvent être utilisés pour normaliser la collecte des données de mortalité à des fins de surveillance. Lorsque le système CRVS n'est pas entièrement fonctionnel, il sera utile de consulter les principales parties prenantes pour définir les variables de données standard qui répondent aux besoins locaux de la population surveillée. D'autres considérations peuvent être prises en compte pour aligner les outils sur les normes mondiales afin de s'assurer que les données collectées sont comparables avec d'autres sources de données sur la mortalité. Ces outils peuvent inclure le certificat médical de décès de la CIM de l'OMS et les instruments de la VA, entre autres (26, (29).

3.2.3 Processus de gestion des données

Les processus et les Procédures opérationnelles standard (POS) pour le traitement des données de surveillance de la mortalité doivent être définis depuis le point de collecte jusqu'à la transmission, le stockage et l'analyse. Des mesures d'assurance et d'amélioration de la qualité doivent être mises en place à chaque étape de la gestion des données afin de garantir l'exactitude de l'analyse. Le traitement des données peut être continu et un mécanisme de retour d'information peut être mis en place pour traiter les problèmes de qualité et de formation en vue d'une amélioration. Le choix et la conception de la base de données doivent être interopérables afin de permettre l'établissement de liens ou le partage d'informations avec des parties prenantes telles que les autorités de l'état civile. L'engagement des parties prenantes est important à chaque étape afin de promouvoir l'utilisation des données pour la traduction et l'appropriation des politiques.



3.2.4 Ressources institutionnelles pour l'analyse des données et le renforcement des capacités

Les institutions et les ressources nationales disponibles doivent être mobilisées pour fournir un soutien analytique pertinent ainsi qu'une formation à la collecte et à la gestion des données. En fonction des capacités existantes de collecte et d'analyse des données, des plans doivent être mis en place pour la formation et l'encadrement en matière de validation, d'analyse et de diffusion des données. Il peut être envisagé d'institutionnaliser cette formation au sein des établissements de formation statistique.

Compte tenu des considérations pratiques ci-dessus, les principes suivants pourraient être utilisés pour guider les gouvernements nationaux dans la conception et la mise en place d'un programme optimal de surveillance de la mortalité.

- Obtenir l'adhésion et l'engagement de l'ensemble du gouvernement et des principales parties prenantes ;
- Identifier un champion ou un dirigeant local qui sera le principal défenseur ou mobilisateur du programme, afin de garantir un engagement de haut niveau dans la conception et la mise en œuvre du programme ;
- Établir un consensus avec les différentes parties prenantes, y compris le comité directeur national du système CRVS, en les impliquant dans les processus décisionnels dès le début.
- Travailler à l'élaboration d'une stratégie nationale harmonisée de surveillance de la mortalité, sur la base des priorités nationales et régionales ;
- Aligner le système de surveillance de la mortalité sur les initiatives et les objectifs existants, ainsi que sur les utilisateurs des données aux niveaux local, national et international, tels que l'agenda CRVS, les objectifs mondiaux de développement durable, la couverture sanitaire universelle, le Règlement sanitaire international et bien d'autres encore.
- Envisager une approche progressive dans le cadre de laquelle les activités commencent à petite échelle et s'intensifient graduellement, en tenant compte des objectifs à court, moyen et long terme ;
- concevoir des programmes nationaux adaptés à l'environnement local.

3.3 APPROCHE STRATÉGIQUE DE LA MISE EN PLACE DE LA SURVEILLANCE DE LA MORTALITÉ

Une approche stratégique harmonisée devrait être élaborée à partir d'une compréhension claire des différents processus, objectifs, capacités et ressources nécessaires. Pour ce faire, les pays devraient commencer par évaluer leurs capacités, leurs infrastructures et les ressources disponibles pour la surveillance de la mortalité, afin d'éclairer leurs processus de planification initiaux. Le plan d'action devrait intégrer des thèmes transversaux tels que l'intégration des systèmes, les actions axées sur les processus, la sensibilisation, le financement et les rôles institutionnels.

Dans la plupart des pays, les éléments clés de la mise en œuvre du système de surveillance de la mortalité sont actuellement dispersés dans différents secteurs de l'administration. Les pays devraient donc s'efforcer d'intégrer les efforts de toutes ces diverses sources de données sur la mortalité pour la mise en place du système grâce à un mécanisme de coordination clair. À ce stade, un plaidoyer à plusieurs niveaux sera essentiel pour garantir l'approbation finale du plan d'action à différents niveaux ainsi que la mobilisation des ressources. Les étapes et les activités liées à la mise en place d'un plan stratégique pour un programme national de surveillance de la mortalité sont abordées dans le chapitre suivant.

CHAPITRE 4 : ÉTAPES DE LA MISE EN PLACE D'UN SYSTÈME DE SURVEILLANCE DE LA MORTALITÉ

Les pays doivent adapter les étapes décrites ci-dessous à la conception et à la mise en œuvre de programmes nationaux de surveillance de la mortalité. Toutefois, il est important de noter que les pays se trouvent à des stades différents de la mise en œuvre de la surveillance de la mortalité et qu'il n'est donc pas forcément nécessaire de suivre toutes les étapes décrites. Ces étapes sont :

- l'engagement des parties prenantes ;
- la mise en place de mécanismes de gouvernance ;
- l'évaluation des systèmes et sous-systèmes existants ainsi que de leurs processus ;
- l'identification des possibilités d'amélioration ;
- l'élaboration d'un plan d'action ;
- l'approche progressive de la mise en œuvre ;
- l'évaluation des besoins en ressources

4.1 L'IMPLICATION DES PARTIES PRENANTES (ÉTAPE 1)

Un engagement et un leadership de haut niveau sont essentiels pour mettre en place un système durable de surveillance de la mortalité. Les structures de gouvernance et de coordination à l'échelle du système peuvent créer un environnement propice à la mise en œuvre d'un système efficace de surveillance de la mortalité par une collaboration synergique entre les parties prenantes. Au niveau continental, un cadre de coordination la Taskforce continentale et des groupes de travail techniques régionaux pour la surveillance de la mortalité ont été mis en place. Dans les États membres, un comité national de coordination pour la surveillance de la mortalité doit également créer un Groupe de Travail Technique (GTT) au niveau national, de préférence hébergé par les instituts nationaux de santé publique ou des organismes étatiques aux responsabilités similaires au sein du ministère de la Santé. Cela permettra également de mobiliser les parties prenantes et les ressources nécessaires, ainsi que les lois et réglementations qui soutiennent une surveillance complète de la mortalité répondant aux besoins locaux du pays.

Il est nécessaire de cartographier les parties prenantes dans les différents secteurs impliqués dans l'identification et la déclaration des décès (par exemple, CRVS, santé, gouvernement local, police et pompes funèbres). Il existe souvent plusieurs départements au sein du secteur de la santé, qui jouent un rôle spécifique dans la déclaration de la mortalité. Ainsi, à la suite de l'exercice de cartographie, la structure de gouvernance et de coordination peut être alignée sur le mécanisme gouvernemental existant et, si possible, adaptée pour répondre aux besoins spécifiques du pays en matière de surveillance de la mortalité.

Une coordination efficace avec les parties prenantes du CRVS est essentielle pour garantir que la surveillance de la mortalité complète le système national d'enregistrement des décès. Il est donc nécessaire de parvenir à un consensus et à un accord entre les parties prenantes concernant les rôles de gouvernance, le leadership et les responsabilités en matière de coordination et de mise en œuvre. À terme, l'institutionnalisation de la surveillance de la mortalité au sein du système national CRVS nécessitera que les deux activités (c'est-à-dire l'enregistrement des décès et la surveillance de la mortalité) soient interopérables à tous les niveaux de la mise en œuvre.

4.2 LA MISE EN PLACE DE MÉCANISMES DE GOUVERNANCE (ÉTAPE 2)

Les pays qui prévoient de mettre en œuvre une surveillance de la mortalité à l'échelle nationale doivent mettre en place des mécanismes de gouvernance conformes aux spécifications du pays. Il pourrait s'agir d'un comité directeur national et d'un comité technique national spécialisé dans la surveillance de la mortalité. Le comité directeur assurerait la direction générale et l'orientation, et jouerait un rôle majeur en matière de plaidoyer et de mobilisation des ressources. Le comité technique devrait être composé



d'experts techniques issus des agences concernées afin de superviser l'ensemble de la conception et de la mise en œuvre du programme.

Ce comité devrait être composé de représentants des ministères concernés, tels que ceux de la santé, de l'intérieur, des collectivités locales, de l'état civil, des agences statistiques, ainsi que d'autres producteurs et utilisateurs de données sur la mortalité (tels que les instituts de recherche, les agences d'assistance technique, les donateurs et les partenaires du développement). Le département du ministère de la santé chargé de la surveillance et de l'information sanitaire ou l'Institut national de santé publique pourrait jouer le rôle de coordinateur du comité technique national.

Ce comité technique devrait :

- Fournir des conseils techniques
- Superviser l'évaluation de base des systèmes et des capacités existants
- Mettre en place une stratégie nationale de surveillance de la mortalité, assortie de buts et d'objectifs,
- estimer les besoins en ressources et les sources de financement potentielles, et veiller à ce que les investissements soient alignés sur la stratégie.
- Obtenir le consensus des parties prenantes lors de la planification et de la mise en œuvre du programme
- Assurer le suivi de la mise en œuvre de la stratégie de surveillance de la mortalité
- Se réunir régulièrement pour plancher sur les questions clés

Au cours de la phase de conception et de planification, le comité doit s'atteler à garantir l'implication et le soutien de tous les acteurs clés du pays. Le comité doit également rendre compte au comité directeur national du CRVS, et/ou au comité national de surveillance, et/ou à d'autres (le cas échéant) ; il doit être mandaté par ces comités pour soutenir la surveillance de la mortalité dans le pays.

4.3 L'ÉVALUATION DE LA SITUATION DES SYSTÈMES ET SOUS-SYSTÈMES EXISTANTS (ÉTAPE 3)

L'objectif de cette évaluation de la situation pourrait être largement considéré comme un exercice d'harmonisation des systèmes existants d'enregistrement des données de mortalité vers un mécanisme standardisé et unifié de déclaration des décès dans chaque État membre, aligné sur les opérations nationales du CRVS. Cette approche conduira finalement à un renforcement global du système national CRVS jusqu'à ce qu'il serve de source principale de données pour la surveillance de la mortalité. Cette approche de renforcement du système devrait également garantir l'adoption de normes mondiales pour la qualité et la diffusion des données, afin d'améliorer la conformité internationale et la comparabilité des résultats de la surveillance.

Le comité technique national doit faire une évaluation des systèmes, sous-systèmes et processus existants, afin de faire le point sur la manière dont les données sur la mortalité sont collectées dans l'ensemble du secteur de la santé et même au-delà, dans le but d'informer et de hiérarchiser les investissements futurs pour la collecte et la communication de données sur la mortalité représentatives à l'échelle nationale ou infranationale. En particulier, le comité doit procéder à :

- l'élaboration du cahier des charges de l'évaluation (ou des évaluations).
- l'identification de la ou des équipes d'évaluation.
- la mobilisation des ressources requises pour l'évaluation (les évaluations) de base.

Il existe plusieurs niveaux d'évaluation qui peuvent s'avérer utiles :

- a) D'abord, il convient d'examiner tous les cadres de suivi en place au niveau national et d'identifier tous les indicateurs de mortalité qui sont rapportés par ces cadres. Il peut s'agir d'indicateurs nationaux de santé, de cadres nationaux de croissance et de développement, de stratégies statistiques nationales, etc. Pour chaque indicateur, il est utile d'identifier les sources de données, la fréquence des mesures, les variables et les niveaux de désagrégation. (Voir **annexe 1a**). Ces indicateurs représentent les priorités nationales en matière de surveillance et il est important d'y réfléchir lors de l'élaboration d'une stratégie nationale de surveillance de la mortalité.

- b) L'étape suivante pourrait consister en une évaluation visant à identifier tous les systèmes et sous-systèmes du secteur de la santé qui collectent des données sur la mortalité (voir **annexe 1b**). Cela permettrait d'élargir la première liste en y incluant les indicateurs et les éléments de données qui ne sont pas représentés dans un cadre de surveillance national. De même, il est utile de préciser où les données sur la mortalité sont collectées, pour quelles populations et avec quelles variables. Il convient également de déterminer qui collecte ces données, comment elles sont communiquées et comment elles sont utilisées.
- c) **L'annexe 2** présente un exemple d'outil d'évaluation de la qualité des données, comme recommandé par le Health Metrics Network, que l'on pourrait envisager pour une analyse plus approfondie de la qualité. (30). L'outil inclut la méthode de collecte des données, l'actualité, la périodicité, la cohérence, la représentativité, la désagrégation et les méthodes d'ajustement. Des matrices similaires pourraient être développées pour d'autres indicateurs de mortalité prioritaires.
- d) Toutefois, une évaluation plus large pourrait passer en revue les systèmes de collecte de données sur la mortalité en dehors du secteur de la santé. Il pourrait s'agir des registres de police, des morgues et des cimetières, des établissements funéraires, des équipes de pompiers et de secours, etc. Comme pour l'évaluation spécifique au secteur de la santé (**annexe 1b**), on pourrait recueillir des informations sur les outils et les systèmes utilisés, la portée géographique, les variables collectées, les acteurs qui collectent les données et les destinataires de ces données. D'autres paramètres incluent les indicateurs générés et la manière dont les informations sont utilisées. La cartographie des processus opérationnels est également utile pour examiner les différents processus impliqués dans la collecte des informations sur les décès et les causes de décès, ainsi que les processus liés à l'analyse et à la diffusion. (31).

Les actions et les processus mis en œuvre aux différents niveaux administratifs du système de santé doivent être pris en compte à ce stade, tels que la communauté, l'établissement de santé, le district, la région et le niveau national. D'autres flux de collecte de données dans différents secteurs, tels que l'administration, la police, les compagnies d'assurance, les processus d'enregistrement des faits d'état civil et les agences statistiques, devraient également être pris en compte dans l'exercice de cartographie. Les résultats devraient être utilisés pour informer le processus d'élaboration d'un plan d'action national pour la mise en œuvre de la surveillance de la mortalité avec des interventions ciblées.

4.4 L'IDENTIFICATION DES POSSIBILITÉS DE RENFORCER LA SURVEILLANCE DE LA MORTALITÉ (ÉTAPE 4)

Les résultats de l'évaluation devraient être utilisés pour comprendre l'ensemble des processus utilisés pour la détection, la déclaration, la compilation et l'analyse des données de mortalité dans toutes les sources de données. Les informations collectées permettent également d'évaluer les ressources à investir dans les données de mortalité, la disponibilité et l'utilité des données de mortalité, ainsi que la performance des différents systèmes concernés. C'est l'occasion de comprendre les priorités et les lacunes en matière d'information, d'éviter les efforts redondants et d'améliorer la coordination et l'efficacité. L'étude comparative des caractéristiques des systèmes devrait permettre d'identifier les outils, les processus et les pratiques les plus performants pour la notification de la mortalité au niveau local. Les résultats de l'évaluation permettent également d'identifier la conception la plus appropriée pour le système de compilation et de gestion des données du programme de surveillance de la mortalité.

4.5 L'ÉLABORATION D'UN PLAN D'ACTION STRATÉGIQUE HARMONISÉ (ÉTAPE 5)

Dans le cadre d'une approche consultative, le comité de coordination doit utiliser les résultats de l'évaluation pour faciliter la discussion entre les parties prenantes afin d'élaborer une vision, des buts et des objectifs communs pour le programme de surveillance de la mortalité. Les résultats de l'évaluation préliminaire doivent être utilisés pour identifier les priorités harmonisées à l'échelle du gouvernement (à court, moyen et long terme) pour la mesure de la mortalité, et pour identifier plus précisément celles qui sont appropriées pour une stratégie quinquennale globale en matière de mortalité, comme indiqué dans le **tableau 6**.

Tableau 6: Aperçu des aspects à prendre en compte lors de la planification de la mise en place d'un système de données sur la mortalité

Domaine d'action	Actions stratégiques à envisager	Court terme (1-2 ans)	Moyen terme (3-4 ans)	Long terme (≥5 ans)
Planification	Analyse de la situation			
	Engagement des parties prenantes			
	Élaborer des cadres politiques et juridiques			
	Mobilisation des ressources			
	Plans de coordination			
	Développement d'outils et de processus pour la collecte, le traitement, le rapport, l'analyse, l'interprétation et la diffusion des données			
	Renforcement des capacités			
	Calendrier de mise en œuvre ou feuille de route			
Entrées	Ressources nécessaires			
	Le personnel			
	Finances			
	Équipement			
	Matériel, par exemple outils de collecte de données et procédures opérationnelles standard (POS)			
	Besoins en matière d'information, de communication et de technologie (TIC) pour la saisie, la transmission, l'analyse et le stockage des données			
	Capacité institutionnelle			
Sortie	Données sur le facteur de décès disponibles			
	Données sur la cause du décès disponibles			
	Couverture de la population cible atteinte			
Impact	Amélioration de l'exhaustivité et de la précision des données sur la mortalité			
	Des décisions éclairées pour les programmes de santé publique			

Ces efforts de planification devraient être étroitement coordonnés avec le comité directeur national de du système CRVS.

Plusieurs principes doivent être pris en compte :

- Comme indiqué plus haut, les systèmes d'enregistrement des faits et statistiques de l'état civil (CRVS) sont la « source idéale à partir de laquelle on peut obtenir des informations précises, complètes, actualisées et continues sur les événements de l'état civil... y compris des statistiques sur les flux annuels à partir des plus petites subdivisions territoriales, qu'aucun autre système de collecte de données ne peut fournir... et avec une couverture universelle » (10). Les systèmes CRVS ont également des ramifications pour les droits individuels, les systèmes d'identité, les processus juridiques, etc. On s'attend donc à ce que le renforcement du système CRVS fasse partie d'une stratégie nationale de surveillance de la mortalité, axée sur l'enregistrement universel des décès, même si des statistiques de l'état civil fiables ne sont pas encore attendues à court terme.
- Pour évaluer les tendances de la mortalité, il est préférable de disposer de données représentatives au niveau national, y compris de données reflétant les environnements démographiques, sociaux et économiques, tant urbains que ruraux.
- En l'absence d'un système universel de CRVS à couverture élevée, les pays peuvent se concentrer sur des améliorations précoces du CRVS, ou sur d'autres approches de surveillance de la mortalité, dans un échantillon de lieux représentatif au niveau national.

Au fur et à mesure que les systèmes de mortalité sont mis en place dans les sites échantillons, en collaboration avec l'autorité nationale chargée de l'enregistrement des faits d'état civil, un modèle évolutif d'enregistrement national des faits d'état civil peut être mis au point.

- Les pays doivent également déterminer les endroits où il serait préférable de se concentrer sur l'enregistrement des données de mortalité et les autres endroits où l'information sur la cause du décès peut être vérifiée. Bien que l'idéal soit de disposer de détails sur la cause du décès pour chaque décès dans un pays, les données sur les faits de décès (date de naissance, date de décès, sexe, site du décès, lieu du décès, lieu de résidence habituelle) fournissent des informations inestimables pour la prise de décision en matière de santé publique, et ce jusqu'à ce qu'elles soient viables.
- Les pays peuvent également donner la priorité à la surveillance de la mortalité pour les maladies à tendance épidémique, les maladies dont l'éradication et/ou l'élimination sont visées et d'autres affections qui revêtent une grande importance pour la santé publique.
- L'actualité est un autre facteur important. Si, dans certains cas, il est acceptable de disposer de données de surveillance de la mortalité sur une base annuelle, les pays devraient également mettre en place des processus de surveillance de la mortalité en temps réel, de sorte que les données de mortalité puissent être contrôlées sur une base trimestrielle, hebdomadaire, voire quotidienne, afin de soutenir les enquêtes sur les épidémies et d'autres menaces potentielles pour la santé publique. Les pays peuvent faire une distinction entre les données « provisoires » (diffusées rapidement) et les données « officielles » (entièrement validées), afin de répondre aux besoins d'une surveillance de la mortalité en temps opportun.

Dans l'idéal, ce processus aboutit à une réduction de l'ensemble des activités et permet de rationaliser et de concentrer les ressources sur quelques domaines prioritaires susceptibles de répondre de manière plus efficace aux besoins nationaux de surveillance de la mortalité. Cela peut nécessiter des négociations intergouvernementales et, lorsque les activités sont financées par des donateurs extérieurs, des négociations avec les organismes de financement afin d'aligner les ressources sur les priorités nationales.

Une fois que les priorités nationales harmonisées en matière de surveillance de la mortalité sont identifiées, les équipes peuvent travailler à l'identification des lacunes à combler. À l'aide d'analyses SWOT (forces, faiblesses, opportunités, menaces), d'analyses des causes profondes ou d'autres outils, les équipes peuvent identifier les intrants nécessaires, les processus intermédiaires, les produits et les résultats souhaités, ainsi que les impacts attendus.

4.6 L'ÉTAPE DE LA MISE EN ŒUVRE (ÉTAPE 6)

La surveillance de la mortalité à l'échelle du continent s'appuiera sur les données de surveillance de la mortalité propres à chaque pays. Un guide opérationnel sera mis à disposition des pays pour les aider dans la planification et la mise en œuvre. La mise en œuvre au niveau national dépendra fortement du leadership local et de l'implication des différentes parties prenantes. La participation active des parties



prenantes et des partenaires à l'alignement et à l'harmonisation de la collecte et de la communication des données doit être soulignée afin d'éviter la duplication des efforts. Pour une mise en œuvre de qualité, le système doit disposer de mécanismes de coordination nationaux clairs entre les différentes parties prenantes et s'appuyer sur les infrastructures existantes.

Au niveau national, les systèmes de surveillance de la mortalité seront mis en œuvre dans le cadre des systèmes d'information existants en matière de santé publique et reliés au système national d'enregistrement des faits d'état civil, pour l'enregistrement des naissances, des décès et des causes de décès dans les formations sanitaires et dans les communautés. Il faudra déployer des efforts considérables pour intégrer les fonctions de saisie et de notification de la mortalité dans l'ensemble des sources de données du pays. Au cours des premières étapes de la conception et de la planification, une assistance technique externe pourrait être nécessaire et serait essentielle pour le partage des connaissances et le transfert des compétences afin de renforcer les capacités pour les activités ultérieures.

Les pays doivent mettre en place et gérer une ou plusieurs bases de données intégrées afin de garantir un stockage et une gestion appropriés des données. Dans l'idéal, un registre de mortalité unique et complet est mis en place, avec des informations sur le décès au niveau individuel et sur la cause du décès lorsqu'elles sont disponibles. Lors de la mise en place de la base de données nationale, les pays devraient tirer parti des plateformes d'information sanitaire existantes et de l'infrastructure nationale de santé numérique afin d'éviter la duplication des efforts. Toutefois, dans le cas unique où la création d'une nouvelle base de données est nécessaire, il convient de prendre en considération les besoins des utilisateurs et des parties prenantes dans le pays. Ceux-ci devraient guider la décision concernant le lieu, la personne, le moment et la manière dont la base de données sera gérée.

4.6.1 Recommandations pour une approche progressive de la mise en œuvre de la surveillance intégrée de la mortalité au niveau national

L'approche de la mise en place d'une surveillance nationale et infranationale représentative de la mortalité dépend du type (MCCoD ou VA) et de la couverture géographique (au niveau de la population) des données collectées. Une approche en cinq phases est proposée pour mettre en place une collecte de données de mortalité représentatives au niveau national (**tableau 7**). Il est important de noter que les pays se trouvent à différents niveaux de mise en œuvre, avec des capacités différentes, et qu'il n'existe donc pas d'approche uniforme pour tous. Nous classons les étapes vers une surveillance de la mortalité représentative au niveau national comme suit :

- **Phase 0** : *Compilation et analyse des données existantes sur la mortalité provenant de différentes sources* : dans un premier temps, les données provenant de sources existantes pourraient être compilées, triangulées et analysées, afin d'établir une mesure de référence de la mortalité. Les résultats pourraient être utilisés comme preuves primaires pour guider l'approche progressive.
- **Phase 1** : *Surveillance de la mortalité non représentée au niveau national — sites sentinelles* : les sites sont sélectionnés à dessein et ne sont pas des sites sentinelles représentatifs au niveau national. Les sites sentinelles comprennent à la fois des établissements de soins de santé et des communautés dans une zone géographique ou administrative spécifique. Tous les décès survenus dans les formations sanitaires et les communautés sont signalés, avec ou sans leurs causes.
- **Phase 2** : *Sites sentinelles représentatifs au niveau national pour la surveillance de la mortalité* : la sélection des sites sentinelles représentatifs au niveau national se fait de manière aléatoire. La sélection des sites sentinelles inclut à la fois les établissements de soins de santé et les communautés dans une zone géographique ou administrative spécifique. Tous les décès survenus dans les formations sanitaires et les communautés sont signalés avec leurs causes. Le codage MCCD et ICD doit être effectué pour tous les décès qui surviennent dans les établissements de soins de santé où il y a un médecin. Une autopsie verbale est pratiquée pour les décès survenus dans la communauté et dans les formations sanitaires où il n'y a pas de médecin.
- **Phase 3** : *Tous les hôpitaux et un échantillon national représentatif d'établissements de soins de santé primaires et de communautés*
- **Phase 4** : *tous les hôpitaux et établissements de soins de santé primaires et un échantillon national représentatif de communautés*
- **Phase 5** : *Toutes les formations sanitaires et toutes les communautés sont couvertes*

Tableau 7: Résumé des cinq phases de la mise en place d'une surveillance de la mortalité représentative au niveau national et infranational

Phase	Couverture*	Objectifs
Phase 0	Compilation et analyse des données existantes	Mesures de référence Orienter les prochaines étapes
Phase 1	Sites sentinelles non représentatifs au niveau national : formations sanitaires et communautés	Démontrer le schéma des causes de décès pour éclairer les politiques
Phase 2	Site sentinelle représentatif au niveau national : formations sanitaires et communautés	Démontrer à la fois le schéma des causes de décès et un nombre pondéré de décès et de causes de décès.
Phase 3	Tous les hôpitaux, ainsi qu'un échantillon national représentatif d'établissements de soins de santé primaires et de communautés.	Démontrer à la fois le schéma des causes de décès et un nombre pondéré de décès et de causes de décès.
Phase 4	Tous les hôpitaux et établissements de soins de santé primaires et un échantillon national représentatif de communautés	Démontrer à la fois le schéma des causes de décès et un nombre pondéré de décès et de causes de décès.
Phase 5	Tous les établissements de soins de santé et toutes les communautés	L'objectif est de recenser tous les décès et leurs causes

*Pour toutes les phases, la population sous surveillance doit être clairement définie afin de permettre la dérivation d'indicateurs de mortalité appropriés.

4.6.2 Recommandations pour la mise en œuvre d'une surveillance nationale de la mortalité par sondage

Sur la base des capacités et des ressources existantes, il est recommandé d'adopter une approche progressive pour la mise en œuvre d'une surveillance de la mortalité basée sur des échantillons à l'échelle nationale, l'objectif à long terme étant de renforcer l'enregistrement des faits d'état civil :

- Les zones de population échantillonnées devraient correspondre aux limites administratives locales existantes afin de répondre aux besoins des utilisateurs au niveau local, mais aussi de renforcer les liens avec les autorités de l'état civile (officiers d'état civile);
- Il convient de veiller à optimiser la taille de l'échantillon de la population sous surveillance afin de faciliter une mesure fiable de la mortalité toutes causes confondues et de la mortalité par cause spécifique ;
- Les pays devraient commencer par saisir les informations sur les faits de décès d'une manière rentable/durable, conçue pour répondre aux besoins locaux, et intégrer progressivement les causes de décès en fonction des ressources et des capacités existantes ;
- Les outils et les processus de collecte et de communication des données devraient s'aligner sur les priorités nationales, les exigences légales et les processus opérationnels en matière de responsabilité sociale, même si cela n'est pas possible dès le départ, afin d'éviter la duplication des efforts ;
- Une fois que la déclaration des faits de décès est établie, les pays peuvent introduire des méthodes pour déterminer la cause du décès au fur et à mesure qu'ils s'efforcent d'améliorer la saisie et la déclaration des événements dans l'échantillon représentatif de la population, y compris l'enregistrement des tous les faits d'états civile lorsque cela est possible. Toutefois, en fonction du contexte local, les données sur les faits d'état civile et les causes de décès peuvent être collectées dès le début du programme ;
- La mise en œuvre doit se faire de manière progressive afin de permettre une expansion durable en fonction des ressources disponibles. Une approche pourrait consister à étendre l'activité



dans des zones contiguës, ce qui peut être rendu possible par le partage des connaissances, de l'expérience et des ressources techniques locales ;

- Un objectif intermédiaire pour la surveillance de la mortalité sur la base d'un échantillon serait de s'assurer que les informations sur les faits de décès sont saisies à l'échelle nationale, tandis que la certification médicale de la cause du décès est effectuée pour tous les décès dans les formations sanitaires et que l'autopsie verbale est effectuée sur un échantillon représentatif de décès dans les communautés ;
- Un objectif plus large de la surveillance de la mortalité par sondage serait d'intégrer les fonctions locales de notification des décès et de compilation des données aux protocoles nationaux du CRVS, voire de servir de cadre à l'établissement de protocoles nationaux du CRVS, lorsque ceux-ci n'ont pas encore été établis ;
- L'utilisation d'innovations en matière de technologies de l'information, telles que la saisie et la communication automatisées de données, est essentielle pour faciliter la collecte, la transmission et la compilation instantanée à tous les niveaux du système, ainsi que pour soutenir la mise en relation des enregistrements dans les bases de données.

En plus de fournir des données fiables actualisées pour la surveillance des épidémies et l'évaluation de la santé de la population, les programmes de surveillance de la mortalité par sondage peuvent constituer une source immédiate et provisoire pour répondre aux besoins de données pour le suivi des progrès vers la réalisation des objectifs du Millénaire pour le développement (OMD) de l'ONU. Toutefois, il est difficile d'obtenir une représentativité adéquate, en particulier dans les pays à forte population (>20 millions) et diversifiés sur le plan géographique et/ou socio-économique, où la conception et la mise en œuvre de tels programmes peuvent parfois prendre plusieurs années (32). Cependant, les avantages plus larges, ainsi que le potentiel d'extension progressive de la couverture à partir d'une base solide de représentation nationale, pourraient inciter les planificateurs nationaux à envisager la conception de systèmes de surveillance de la mortalité par sondage.

4.7 L'ÉVALUATION DES BESOINS EN RESSOURCES (ÉTAPE 7)

Une fois que le programme national de surveillance de la mortalité a été conçu avec tous les détails des fonctions et processus de base, ainsi que les rôles et responsabilités des différentes parties prenantes pour la mise en œuvre, le suivi et l'évaluation, le GTT devra planifier la mobilisation des ressources et le plaidoyer. Comprendre les implications en termes de ressources d'un système de surveillance de la mortalité opérationnel est une information essentielle dans les processus décisionnels. Les pays devront établir les principaux postes de dépenses de leurs programmes de surveillance de la mortalité (par exemple, le personnel, l'équipement, le renforcement des capacités, les opérations sur le terrain, la maintenance), ainsi qu'une analyse du paysage des sources de financement potentielles du programme (par exemple, les ministères et les agences gouvernementales, les partenaires internationaux du développement, les institutions philanthropiques).

L'analyse des coûts devrait également tenir compte de l'utilisation potentielle des ressources et des processus existants qui pourraient être exploités pour les opérations de surveillance de la mortalité, et ces ressources « en nature » pourraient servir de mécanisme de réduction des coûts. Dans une certaine mesure, l'analyse des coûts pourrait faire partie du processus de conception du programme de surveillance de la mortalité, lors de l'examen de diverses options dont les coûts et l'efficacité varient en fonction des résultats de la surveillance. Un facteur clé qui pourrait déterminer les décisions lors de l'évaluation des options de coût serait la durabilité globale de chaque approche, en particulier en termes de stratégie étroitement alignée sur les objectifs à long terme pour le renforcement des systèmes de CRVS.

Les données sur le coût des systèmes de surveillance de la mortalité sont rares et ne peuvent probablement pas être extrapolées à d'autres contextes. Plutôt qu'un exercice académique, l'estimation du coût des systèmes de surveillance de la mortalité doit répondre à des questions pertinentes afin d'éclairer la conception ou le processus d'amélioration. Les GTT nationaux pourraient utiliser l'**outil de calcul des coûts et de budgétisation du CRVS** disponible à cette fin (33). L'outil de calcul des coûts du CRVS permet d'estimer les coûts des groupes d'activités génériques, qui sont communs à la conception de la plupart des opérations de surveillance de la mortalité ; ainsi qu'il suit :

1. Les coûts de démarrage/d'investissement : ils comprennent toutes les activités nécessaires au

lancement d'un système de surveillance de la mortalité, mais qui ne sont dépensées qu'une seule fois (telles que la formation initiale et l'équipement).

2. Les activités de gouvernance : elles couvrent toutes les activités liées à la gouvernance, y compris l'organisation de réunions, d'ateliers et d'autres activités connexes.
3. La mise en œuvre et la gestion du programme : elles comprennent les coûts liés à la gestion du programme, tels que les salaires du personnel, les coûts administratifs, les opérations et la communication.
4. La supervision : elle couvre les coûts liés à la supervision du système de surveillance à différents niveaux.
5. Les formations et les ateliers récurrents : inclure les coûts des formations récurrentes et du renforcement des capacités. Les coûts initiaux ne sont pas inclus dans cette section.

Pour chaque groupe d'activités, l'utilisateur doit enregistrer les ressources utilisées pour mettre en œuvre chaque activité. Une fois que toutes les informations ont été saisies dans l'outil, celui-ci produit automatiquement plusieurs résultats avec des estimations de coûts. L'outil fournit le coût financier et économique total par activité principale, ainsi que des coûts détaillés pour des éléments spécifiques tels que le personnel, les fournitures ou l'équipement.

Une fois les estimations de coûts établies, le GTT devra entreprendre des activités de mobilisation des ressources, par le biais d'un programme de plaidoyer complet. Le groupe de travail continental du CDC Afrique, ainsi que les GTT régionaux, pourraient fournir des conseils à leurs homologues nationaux en ce qui concerne l'identification des agences internationales de développement ayant des mandats déclarés pour soutenir le renforcement du CRVS, la préparation à la pandémie ou même la surveillance de maladies spécifiques, ainsi que pour faciliter les liens de communication avec les points focaux des agences pour de telles opportunités de financement.

Même au niveau national, les GTT pourraient entreprendre des activités de plaidoyer auprès des décideurs politiques parmi les parties prenantes partenaires, qui pourraient identifier ou avoir accès aux ressources du budget national qui pourraient être allouées (ou détournées) pour soutenir la surveillance de la mortalité. Comme nous l'avons déjà mentionné, une conception efficace du système qui montre clairement la voie à suivre depuis le programme de surveillance de la mortalité jusqu'au renforcement durable du système national de CRVS augmenterait les chances de succès des activités de plaidoyer et de mobilisation des ressources. Pour ce faire, une stratégie de communication approfondie devrait être mise en place, avec des conseils sur les approches de plaidoyer qui pourraient être adoptées diversement pour les agences internationales de développement, les programmes de contrôle de maladies spécifiques, les agences d'aide bilatérale et les opportunités de financement des gouvernements nationaux.



CHAPITRE 5 : SUIVI ET ÉVALUATION DES PROGRAMMES DE SURVEILLANCE DE LA MORTALITÉ

Les pays doivent mettre en place un plan de suivi et d'évaluation (S&E) bien établi pour guider la mise en œuvre de leurs programmes de surveillance de la mortalité. Des évaluations régulières et périodiques doivent être réalisées pour suivre les progrès accomplis dans la réalisation des objectifs du programme. Le cadre de suivi et d'évaluation doit être conçu pour couvrir deux grands domaines : le premier concerne la qualité des données et le second la performance du système. Bien que ces deux domaines soient liés, il existe certaines distinctions qui nécessitent une attention séparée. Dans l'ensemble, les résultats de ces processus de suivi et d'évaluation permettront d'identifier à temps les problèmes qui affectent la mise en œuvre, offrant ainsi la possibilité de les résoudre.

Les pays doivent envisager les étapes décrites ci-dessous pour élaborer (et mettre en œuvre) un solide plan de suivi et d'évaluation pour la mise en œuvre d'un programme de surveillance de la mortalité. Ces étapes sont :

- L'engagement des parties prenantes ;
- La mise au point des paramètres pour l'évaluation de la qualité des données ;
- L'adoption des indicateurs de performance clés (KPI) et des indicateurs de résultats pour guider le processus de suivi et d'évaluation ;
- La conception du processus de suivi et d'évaluation et la collecte de données pour le suivi et l'évaluation ;
- l'analyse des résultats du suivi et de l'évaluation et mesures correctives.

5.1 ENGAGEMENT DES PARTIES PRENANTES

Les parties prenantes intéressées par le programme de surveillance de la mortalité doivent être impliquées dans la planification et l'exécution des activités de suivi et d'évaluation. Cela permet de s'assurer que les résultats et les recommandations des activités de suivi et d'évaluation sont pris en compte afin d'améliorer le programme de surveillance de la mortalité. Le comité national de coordination mis en place pour superviser la conception et la mise en œuvre du programme de surveillance de la mortalité du pays (décrit dans la section sur la mise en œuvre ci-dessus) devrait avoir un sous-comité chargé de diriger le développement et l'exécution de toutes les activités de suivi et d'évaluation. La composante S&E doit conserver un certain degré d'autonomie dans ses opérations et impliquer de préférence des institutions universitaires pour garantir une évaluation indépendante et critique du fonctionnement du programme de surveillance, avec un aperçu approprié de l'interprétation des données et des implications des résultats.

Étant donné que le programme de surveillance de la mortalité du pays peut impliquer plusieurs ministères/institutions gouvernementales et d'autres partenaires internationaux, la cartographie des parties prenantes est essentielle pour savoir qui sont ces parties prenantes et quels sont leurs besoins dans le processus de surveillance de la mortalité. Une telle démarche est importante dans la mesure où elle permet de cibler les activités de suivi et d'évaluation afin de s'assurer que les bonnes parties prenantes sont impliquées dans la planification et la mise en œuvre des activités de suivi et d'évaluation et que les résultats du suivi et de l'évaluation sont utilisés. Les parties prenantes typiques du programme de surveillance de la mortalité d'un pays peuvent se répartir en deux groupes principaux :

- Les personnes impliquées dans les opérations du système de surveillance de la mortalité : ministères/institutions clés du gouvernement tels que la santé (NPHI ou départements similaires du ministère de la santé responsables de la surveillance) et les affaires intérieures (agences responsables de l'enregistrement des faits d'état civil).
- *Les utilisateurs prévus des résultats du programme de surveillance de la mortalité* : ministère de la Santé, agences de statistiques vitales et autres utilisateurs de données sur la mortalité, tels que les instituts de recherche, les agences de soutien technique, les donateurs et les partenaires de développement.

5.2 ELABORATION DES PARAMÈTRES POUR L'ÉVALUATION DE LA QUALITÉ DES DONNÉES

En général, quatre grandes catégories de facteurs peuvent influencer la qualité des données (figure 3). D'un point de vue fondamental, un développement adéquat de l'**assurance qualité** garantira que le programme de surveillance de la mortalité est conçu et mis en œuvre de manière appropriée. L'assurance de la qualité fait référence à une préparation adéquate de la conception du système avec des rôles et des responsabilités clairs pour les institutions/personnel qui sont documentés dans les réglementations gouvernementales/procédures d'exploitation normalisées. Il s'agit également de garantir une infrastructure adéquate (ressources physiques, humaines, techniques et financières) pour la mise en œuvre du programme, ainsi que l'utilisation d'outils appropriés pour l'enregistrement des données et les processus de gestion des données.

Les différentes parties prenantes doivent mettre en place un programme complet de renforcement des capacités pour l'ensemble du personnel, en prévoyant des formations de remise à niveau ainsi que des formations d'initiation en cas de renouvellement du personnel. En outre, des manuels de formation et du matériel didactique pouvant guider le personnel de terrain dans ses fonctions quotidiennes devraient être disponibles. Tous ces paramètres d'assurance de la qualité doivent être évalués périodiquement dans les programmes de surveillance de la mortalité en ce qui concerne la disponibilité et l'état de préparation des éléments d'assurance de la qualité susmentionnés, en particulier lorsque l'on passe par les phases progressives de développement évoquées dans le chapitre précédent. Le cadre de suivi et d'évaluation doit développer et intégrer divers attributs d'évaluation et indicateurs connexes afin d'évaluer les paramètres d'assurance de la qualité et d'orienter les modifications nécessaires, le cas échéant.



Figure 3: Cadre pour l'évaluation de la qualité des programmes de surveillance de la mortalité

Le deuxième élément de l'évaluation de la qualité couvre la mise en œuvre effective des activités de **contrôle de la qualité**. Cela implique l'utilisation d'outils spécifiques qui pourraient être développés pour contrôler le respect des délais de transmission des données par les différentes unités de déclaration, ainsi que des outils pour vérifier et valider les entrées de variables spécifiques (dates, adresse, etc.) qui peuvent être incomplètes ou manquantes dans les enregistrements individuels. Toutefois, il pourrait également y avoir des modalités permettant d'inclure ces événements déclarés avec des variables manquantes au cas où il ne serait pas possible d'obtenir les données, étant donné qu'un enregistrement incomplet serait toujours utile, au moins pour certains aspects de l'activité de surveillance. En outre, le contrôle de la qualité pourrait également impliquer des inspections sur le terrain des unités locales de déclaration des décès, telles que les établissements de santé, les bureaux d'enregistrement du CRVS ou les centres de santé communautaires, afin d'examiner les performances et de fournir une assistance technique sur place, le cas échéant. Le cadre de suivi et d'évaluation doit comprendre une liste d'outils de suivi de la qualité et un calendrier des activités de suivi pour une mise en œuvre efficace.



Le troisième élément concerne la pratique effective de l'**évaluation de la qualité des données**, pour laquelle des paramètres et des seuils appropriés doivent être définis pour des variables spécifiques compilées à partir de la surveillance de la mortalité, en utilisant un cadre normalisé (34). Les paramètres pourraient inclure les éléments suivants :

- l'exhaustivité de la déclaration des décès (c'est-à-dire la proportion des décès déclarés par rapport aux décès attendus dans la population étudiée au cours d'une période de référence définie) ;
- les proportions de décès pour lesquels l'âge, le sexe, l'adresse, la date et le lieu du décès sont manquants ; et
- la plausibilité et la fiabilité des données en ce qui concerne les schémas de mortalité par âge et par sexe (et les schémas par âge pour des causes spécifiques, si les données sont disponibles)
- Proportion de décès attribués à des causes mal définies dans le cadre de la VA et du MCCD, respectivement.

Le quatrième aspect de l'évaluation de la qualité couvre les fonctions liées au **contrôle de la qualité des données**. Étant donné que les données du programme de surveillance de la mortalité doivent être utilisées pour calculer certains indicateurs de mortalité, il est nécessaire de corriger certaines erreurs ou lacunes identifiées lors de l'activité de S&E. Pour les enregistrements individuels, les erreurs ou lacunes peuvent être corrigées par déduction. Pour les enregistrements individuels, les erreurs ou les lacunes peuvent être corrigées par déduction, par exemple, le nom du village manquant peut être déduit du code de localisation du village ; ou l'âge au décès pendant la période néonatale peut être déduit de la cause indiquée comme septicémie néonatale ou asphyxie à la naissance, ou un jour de décès manquant peut être ignoré si le mois du décès a été enregistré. À un autre niveau, le contrôle de la qualité pourrait impliquer des méthodes d'ajustement des données à un niveau agrégé avant une analyse plus approfondie, comme l'utilisation d'un facteur d'ajustement provenant d'une analyse spécifique de l'exhaustivité pour corriger les décès potentiellement non enregistrés ou corriger les causes mal définies en utilisant des preuves provenant d'études de validation. En général, bien que ces techniques d'ajustement ne puissent pas être directement considérées comme des méthodes de contrôle de la qualité des données, elles devraient être appliquées au stade de l'analyse des données, afin de maximiser la fiabilité et l'utilité potentielles des données des programmes de surveillance de la mortalité.

En résumé, le cadre de suivi et d'évaluation doit développer un large ensemble de paramètres et d'indicateurs pour les quatre aspects de la qualité des données mentionnés ci-dessus. Ces paramètres doivent être évalués périodiquement aux niveaux infranational et national, afin d'orienter l'utilisation des données de surveillance, ainsi que la conception d'interventions visant à renforcer les faiblesses identifiées des données et à orienter l'expansion du programme de surveillance.

5.3 L'ADOPTION DES INDICATEURS DE PERFORMANCE CLÉS ET DE RÉSULTATS POUR GUIDER L'AMÉLIORATION DES PERFORMANCES DU SYSTÈME

Le suivi et l'évaluation des performances du système de surveillance de la mortalité du pays est un processus continu et permanent tout au long de la mise en œuvre du système. À un niveau plus large, le système de suivi et d'évaluation devrait également inclure des indicateurs de performance clés (IPC) pour mesurer la performance du système et des processus qui le composent. Les IPC mesurent les processus et leurs résultats dans les systèmes de surveillance de la mortalité par rapport à un ensemble d'objectifs de performance.

Ces indicateurs de performance devraient de préférence être appliqués au niveau infranational, au niveau du district et au niveau local, et faire l'objet d'une analyse comparative périodique, afin d'obtenir des données probantes susceptibles d'être utilisées pour améliorer la performance du système. Un modèle logique montre le processus de mise en œuvre du système de surveillance de la mortalité avec les résultats escomptés, à partir desquels on obtient ces IPC et les indicateurs qui en découlent (**tableau 8**).

Comme décrit dans la section précédente, certains paramètres de qualité des données pourraient également être utilisés comme seuils pour définir des IPC, tels qu'un niveau ciblé d'exhaustivité ou d'exactitude des données pour des variables spécifiques. La sélection des IPC appropriés et de leurs indicateurs de résultats cibles permet d'identifier les lacunes de performance d'une manière systématique et solide, ce qui conduit à une série de recommandations pour améliorer le système de surveillance de la mortalité. Une étude menée au Kenya (34) fournit un exemple utile d'évaluation des performances des

systèmes d'information sanitaire en vue d'améliorer la disponibilité et l'utilisation des données. (35).

L'approche utilisée dans l'étude HIS kenyane pourrait être adaptée pour être appliquée aux programmes de surveillance de la mortalité. Une équipe centrale de S&E du comité de coordination national devrait élaborer un ensemble d'indicateurs clés de performance, avec l'aide des principales parties prenantes, afin d'évaluer les performances actuelles du programme de surveillance de la mortalité et de mesurer les améliorations à venir. Ces IPC doivent être SMART, c'est-à-dire qu'ils doivent être Spécifiques, Mesurables, Atteignables, Pertinents et Temporels. Pour chacun des IPC, il convient de recueillir des informations de base permettant de mesurer les améliorations, y compris les résultats et les objectifs.

Bien que le nombre de IPC développés puisse varier d'un pays à l'autre, en fonction de leurs objectifs de surveillance de la mortalité et de leur mise en œuvre, les pays peuvent utiliser les catégories suivantes pour identifier leurs indicateurs de performance afin de suivre les progrès accomplis dans la réalisation de leurs objectifs.

5.4 CONCEVOIR LE PROCESSUS DE SUIVI ET D'ÉVALUATION ET LA COLLECTE DE DONNÉES

Avant de concevoir une activité de suivi et d'évaluation (et un processus de collecte de données), il est nécessaire de bien comprendre le processus du système de surveillance de la mortalité (tels que les intrants et les processus) et les résultats escomptés (tels que les extrants, les résultats et l'impact, si possible) afin de se concentrer sur ce qui doit être suivi et/ou évalué. Le comité national de coordination, avec l'aide des parties prenantes, doit déterminer ce qui doit être contrôlé et/ou évalué, les questions de suivi et d'évaluation les plus importantes et la conception appropriée des évaluations. En particulier, le comité doit (1) identifier les questions de suivi et d'évaluation ; (2) déterminer la conception appropriée du suivi et de l'évaluation ; (3) rassembler des preuves crédibles (collecte de données) ; et (4) mobiliser les ressources nécessaires à la réalisation de l'évaluation.

Tableau 8: Exemples d'indicateurs pour le suivi des performances d'un système de surveillance de la mortalité

Fonctions de surveillance essentielles	Description de l'activité	Exemple d'indicateur
Détection	Identifier tous les décès survenus à la fois dans l'établissement de santé et dans la communauté	Proportion de décès répertoriés en ligne au cours d'un mois
Enregistrement	Enregistrer tous les décès identifiés dans un registre de l'établissement de santé ou de la communauté	Proportion notifiée au niveau suivant
Notification	Des rapports immédiats au niveau supérieur, basés sur les cas, pour signaler l'événement et déclencher des actions de suivi. Notification de l'événement aux autorités de la République tchèque	Proportion de décès notifiés au niveau suivant du système de santé ; Proportion de décès enregistrés à l'état civil
Affecter le COD	Examiner les décès survenus dans la formation sanitaire pour certifier la CoD Mener des entretiens avec les personnes décédées au sein de la communauté afin de déterminer la cause probable de décès.	Proportion de décès certifiés par le MCCoD Proportion de décès dans la communauté ayant fait l'objet d'entretiens avec les victimes
Rapports	Transmettre au niveau suivant les données collectées sur la cause du décès	Proportion de décès enregistrés dans la base de données CoD

Fonctions de surveillance essentielles	Description de l'activité	Exemple d'indicateur
Analyse	Effectuer des analyses épidémiologiques des données rapportées et les interpréter afin d'éclairer les interventions.	Documentation montrant la preuve de l'analyse par personne, lieu et moment
Retour d'information	Envoi de messages aux niveaux inférieurs sur la base des informations obtenues à partir des données communiquées	Preuve de la diffusion des informations générées.

La sélection des questions de suivi et d'évaluation appropriées part du principe qu'il n'est pas nécessaire d'évaluer l'ensemble du système de surveillance de la mortalité en une seule fois. Au contraire, en fonction des besoins et des questions posées (par les parties prenantes), certains aspects ou processus du système peuvent être contrôlés et certains résultats escomptés peuvent être évalués.

Outre la détermination de ce qui doit être suivi et/ou évalué, il est également nécessaire de déterminer la conception appropriée du suivi et de l'évaluation (36). La question de savoir s'il faut suivre les progrès de la mise en œuvre ou mesurer les résultats — les progrès des résultats liés aux efforts de mise en œuvre du programme — est d'une importance capitale dans le choix de la conception du suivi et de l'évaluation.

Après avoir élaboré un plan de suivi et d'évaluation approprié, il convient de recueillir des informations (données) sur la base des indicateurs à mesurer. Les méthodes et les sources de collecte de données doivent être sélectionnées en fonction de la question de suivi et d'évaluation à laquelle il faut répondre et des indicateurs à mesurer. Une décision clé à prendre est de savoir s'il existe des sources de données existantes — collecte de données *secondaires* — pour mesurer les indicateurs sélectionnés ou s'il faut collecter de nouvelles données — collecte de données *primaires*.

5.5 L'ANALYSE ET L'UTILISATION DES RÉSULTATS DE SUIVI ET ÉVALUATION

Une fois les données de suivi et évaluation collectées, elles doivent être analysées afin de mettre en évidence les performances du système ou les améliorations apportées à ses résultats. Que le suivi et l'évaluation soient menés pour démontrer l'efficacité du système, aider à améliorer sa mise en œuvre ou démontrer l'amélioration des résultats, il est important d'analyser et d'interpréter correctement les données recueillies afin de tirer les bonnes conclusions. L'équipe centrale de suivi et d'évaluation du comité national de coordination doit donc compter des membres possédant des compétences en matière d'analyse des données pour effectuer ces analyses ou être en mesure de demander une aide extérieure à d'autres organismes, tels que les bureaux de statistiques ou les instituts de recherche.

Le but ultime d'un processus de suivi et d'évaluation est d'utiliser les informations obtenues pour améliorer la mise en œuvre du système national de surveillance de la mortalité. (37). Il est donc essentiel que les principales parties prenantes soient impliquées dans l'ensemble de la planification et des processus de suivi et d'évaluation afin de garantir que les résultats soient utilisés pour améliorer la mise en œuvre du système et ne soient pas simplement mis de côté après l'achèvement de l'activité de suivi et d'évaluation.

CHAPITRE 6 : RÔLE DU CDC AFRIQUE ET DES INSTITUTS NATIONAUX DE SANTÉ PUBLIQUE DANS LE RENFORCEMENT DES MÉCANISMES DE COORDINATION POUR LA SURVEILLANCE DE LA MORTALITÉ

La mission du CDC Afrique est de renforcer les capacités, les compétences et les partenariats des institutions de santé publique d'Afrique afin de détecter et de répondre rapidement et efficacement aux menaces sanitaires et aux épidémies, sur la base de preuves scientifiques et d'interventions et de programmes fondés sur des données.

Le CDC Afrique travaille par l'intermédiaire de cinq Centres de coordination régionaux (CCR) basés en Égypte pour la région de l'Afrique du Nord, au Gabon pour la région de l'Afrique centrale, au Kenya pour la région de l'Afrique de l'Est, au Nigeria pour la région de l'Afrique de l'Ouest et en Zambie pour la région de l'Afrique australe. Les CCR du CDC Afrique aident les États membres à améliorer les infrastructures et à renforcer les capacités des réseaux régionaux intégrés de surveillance des maladies, y compris les laboratoires, ainsi que la préparation et la réponse aux urgences. Les CCR travaillent directement avec les Instituts nationaux de santé publique (INSP) et les ministères de la Santé des États membres. Les INSP sont des institutions nationales qui dirigent et coordonnent les fonctions de santé publique, notamment la surveillance des maladies, les systèmes et réseaux de laboratoires, la préparation et l'intervention en cas d'urgence et la recherche en santé publique. Il s'agit d'organisations gouvernementales à vocation scientifique qui servent de point focal pour les efforts et les services de santé publique d'un pays afin de soutenir les mandats des ministères de la Santé. Des instituts nationaux de santé publique fonctionnels existent actuellement dans certains pays africains, et de nombreux autres pays développent et renforcent leurs instituts nationaux de santé publique respectifs.

Conformément au mandat et au cadre opérationnel du CDC Afrique, une structure de coordination multipartite et multicouche a été mise en place dans le but général de renforcer la gouvernance, la coordination et la collaboration en vue de mettre en place des systèmes de responsabilisation pour tous les décès survenant sur le continent. La structure de coordination, les mécanismes et le réseau institutionnel pour la surveillance continentale de la mortalité en Afrique sont décrits dans la **figure 4**. La gouvernance et la coordination seront assurées à trois niveaux — continental, régional et national — avec la participation de partenaires au développement, d'organismes gouvernementaux, d'institutions universitaires et de recherche, et d'organisations de la société civile, le cas échéant. Cette structure de coordination a établi des procédures à chaque niveau, ainsi qu'à tous les niveaux, pour les affaires et les communications par le biais de consultations périodiques et de la documentation des procédures en vue d'une action de suivi et/ou d'un retour d'information, le cas échéant. Un aspect essentiel de la coordination à tous les niveaux est de promouvoir et/ou de veiller à ce que les activités de surveillance de la mortalité soient harmonisées avec d'autres activités de développement du CRVS prévues ou en cours, ce qui renforcera la viabilité globale des deux programmes.

Le secrétariat du groupe de travail continental est hébergé par la division Surveillance et intelligence des maladies du CDC Afrique ; il est coprésidé par deux représentants des États membres, ainsi que par des représentants des bureaux régionaux de l'OMS pour les régions Afrique et Méditerranée orientale, respectivement. Les activités des GTT régionaux sont coordonnées par les CCR du CDC Afrique et le secrétariat au siège du CDC Afrique. Au niveau national, un comité technique multisectoriel et pluridisciplinaire (voir chapitre 4) axé sur les données de mortalité devrait être formé et relié au GTT régional respectif, en collaboration avec le secrétariat du CCR du CDC Afrique. Les comités techniques nationaux devraient contribuer à tous les efforts similaires existants, en particulier dans le secteur du CRVS, afin de répondre de manière holistique aux besoins locaux.

Les cinq GTT régionaux jouent un rôle essentiel dans la coordination de la conception, de la mise en œuvre et de la maintenance de la surveillance dans les États membres situés sur l'ensemble du continent. Les principaux rôles et responsabilités des GTT régionaux sont énumérés ci-dessous :

- Fournir une assistance technique pour l'élaboration, la mise en œuvre et la pérennisation de la Surveillance de la Mortalité
- Soutenir les États membres dans l'élaboration et la mise en œuvre de procédures opérationnelles normalisées et d'autres lignes directrices techniques.

- Aider les États membres à mettre en place ou à renforcer leur groupe de travail technique multisectoriel national
- Promouvoir un engagement multisectoriel entre les agences et les partenaires
- Faciliter la diffusion et le partage des informations, des connaissances et des meilleures pratiques en matière de surveillance de la mortalité auprès des États membres, des décideurs politiques et des autres parties prenantes par le biais du partenariat stratégique du CRVS.
- Promouvoir et soutenir la mobilisation de la volonté politique et des fonds pour que les États membres atteignent et maintiennent les objectifs de l'initiative continentale visant à renforcer les données sur la mortalité.
- Élaborer des objectifs clairs, mesurables et limités dans le temps et suivre les progrès accomplis à cet égard
- Assurer le suivi des progrès des États membres dans la réalisation des objectifs en matière de données sur la mortalité
- Si nécessaire, créer des sous-groupes chargés de différents domaines d'expertise, notamment technique, de plaidoyer et de conseil.

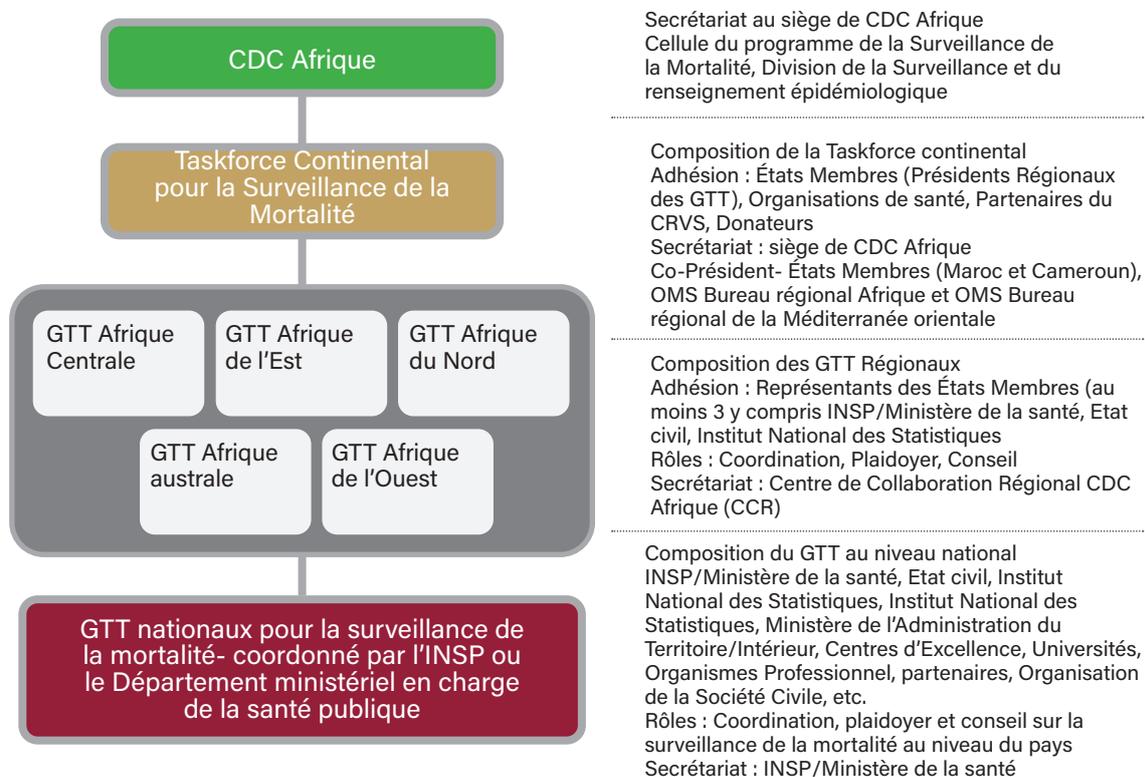


Figure 4: Structure de coordination de la surveillance continentale de la mortalité en Afrique

Au niveau national, le comité de surveillance de la mortalité travaillera en étroite collaboration avec le comité de pilotage national, qui peut comprendre plusieurs institutions/représentants dont les membres se chevauchent. Il est important que les autorités statistiques soient impliquées dès le début, afin de garantir que des normes appropriées soient intégrées dans la conception du système, tant à des fins de surveillance que d'enregistrement. De même, le GTT national pourrait également apporter des contributions concernant les exigences légales de variables spécifiques ainsi que la confidentialité et la sécurité des données qui devraient être prises en compte dans le système de surveillance, conformément aux exigences du CRVS. Du point de vue de la gestion des données, le GTT national pourrait étudier l'utilisation et l'harmonisation des systèmes électroniques utilisés pour la compilation des données du

CRVS et pour la déclaration de la mortalité dans le secteur de la santé (par le biais du DHIS2 ou du MCCD) en une plate-forme commune qui pourrait faciliter les deux objectifs.

Un soutien technique serait également nécessaire pour la fonction essentielle de renforcement des capacités à tous les niveaux. L'**annexe 4** décrit les diverses formes de développement des compétences qui seront nécessaires pour les différents personnels et fonctions des systèmes de données sur la mortalité, et qui seront communes à la surveillance et aux opérations du CRVS. Ces niveaux et fonctions reflètent ceux représentés dans les fonctions essentielles de la surveillance de la mortalité au chapitre 3. Le large éventail de connaissances requises pour toutes ces activités nécessite une approche prudente et planifiée du domaine général du renforcement des capacités pour les opérations de surveillance de la mortalité. Par conséquent, les GTT nationaux doivent inclure des représentants des départements de santé publique des universités gouvernementales afin de concevoir et d'organiser des programmes de formation pour le personnel de terrain, en mettant l'accent sur les aspects pratiques. Les institutions universitaires locales pourraient également se voir confier des responsabilités en matière de suivi, d'évaluation et d'analyse des données, afin d'avoir un impact à long terme sur la durabilité des systèmes de données sur la mortalité à l'échelle nationale, régionale et continentale.

Pour mettre en œuvre le cadre continental de surveillance de la mortalité, le secrétariat a organisé une série de consultations de trois jours avec les États membres dans les cinq régions géographiques d'Afrique. Au total, environ 130 participants de 33 États membres et de 11 institutions partenaires régionales et mondiales ont été représentés lors de ces consultations, au cours desquelles la conception générale et les activités proposées dans le cadre continental ont été discutées. Ces consultations ont suscité un intérêt considérable pour l'initiative et ont permis de partager diverses expériences et enseignements qui ont contribué à l'élaboration de ce cadre.

Les mandats des GTT régionaux ont été élaborés et affinés, de même que la nomination des responsables (représentants des États membres) qui dirigeront les premiers cycles d'activités. Un consensus général s'est également dégagé sur les calendriers de mise en œuvre des différents grands volets du cadre. Des calendriers annuels détaillés pour les activités spécifiques de chaque composante sont disponibles dans la Feuille de route pour le renforcement de la surveillance continentale de la mortalité 2022-2026 (**Annexe 5**).



CHAPITRE 7 : RÉSUMÉ

Il est urgent d'adopter une approche globale de la conception et de la mise en œuvre de la surveillance de la mortalité afin d'établir une base de données solide pour la préparation à la pandémie aux niveaux national, régional et continental en Afrique. Le présent cadre continental expose la raison d'être et les concepts des opérations de surveillance de la mortalité qui peuvent être intégrées aux pratiques existantes de notification des décès dans les pays africains. Le cadre est basé sur un principe sous-jacent selon lequel les programmes de surveillance doivent être orientés vers le renforcement des systèmes nationaux de CRVS, qui constituent la source optimale de données sur la mortalité pour la surveillance et la recherche en matière de santé. Les schémas actuels de disponibilité des données de mortalité provenant des systèmes CRVS dans les États membres indiquent qu'il existe des lacunes généralisées dans la performance des systèmes à travers le continent. Ces lacunes sont probablement dues à des faiblesses dans la conception des systèmes nationaux et/ou à la disponibilité des ressources administratives, techniques et humaines nécessaires. Ce cadre a donc été élaboré pour aider les États membres à mettre en place des programmes nationaux de surveillance de la mortalité qui pourraient répondre au besoin immédiat et à court terme de données fiables sur la mortalité, grâce à des fonctions et des processus bien conçus de notification des décès et de compilation des données qui sont alignés sur les opérations nationales du CRVS. Étant donné que les systèmes CRVS sont également en cours de développement dans de nombreux États membres, les opérations de surveillance nouvellement conçues pourraient être harmonisées avec les activités de renforcement du CRVS dès le début.

Le cadre continental promeut trois concepts fondamentaux, à savoir : 1) l'établissement de protocoles de surveillance de la mortalité intégrés aux pratiques locales de déclaration officielle des décès ; 2) le contrôle étroit de l'enregistrement et de la compilation des données en termes d'actualité et de qualité ; et 3) la diffusion et l'utilisation systématiques des données à des fins de surveillance. La mise en œuvre du cadre doit être facilitée par un groupe de travail continental, soutenue par les cinq GTT régionaux.

Dans chaque État membre, les activités seront mises en œuvre par un comité de coordination national, soutenu par un groupe de travail technique. Une première étape essentielle est la réalisation d'un examen national approfondi des programmes actuels de déclaration des décès et de statistiques sur la mortalité, dont les résultats pourraient être utilisés pour établir un consensus entre les parties prenantes nationales concernant l'approche optimale de la surveillance de la mortalité par l'harmonisation des multiples systèmes locaux de données sur la mortalité.

Le cadre aborde également des considérations pratiques pour la normalisation des fonctions et des processus des différentes composantes et étapes de la surveillance de la mortalité, depuis la déclaration et l'enregistrement des données jusqu'à la gestion, l'analyse et la diffusion des données. Outre ces aspects liés à la conception et à la mise en œuvre, ce cadre couvre également les questions de politique liées à la gouvernance, à la coordination, au soutien technique, aux besoins en matière de renforcement des capacités, à la mobilisation des ressources et au plaidoyer en vue d'obtenir un soutien pour le programme de surveillance aux niveaux national et international.

Dans l'ensemble, le cadre fournit des orientations complètes pour la mise en place de systèmes de données fiables sur la mortalité dans les pays africains d'ici à 2026, dont les résultats pourraient être utilisés par les États membres de l'UA pour planifier et mettre en œuvre efficacement des interventions visant à lutter contre les principales causes de décès évitables et prématurés au sein de leurs populations.

RÉFÉRENCES

1. World Health Organization. UHC in Africa: a framework for action. World Health Organization; 2016.
2. Mazzucco S, Suhrcke M, Zanotto L. How to measure premature mortality? A proposal combining "relative" and "absolute" approaches. *Population health metrics*. 2021;19(1):1–14.
3. Rao C, Lopez AD, Hemed Y. Causes of death. *Disease and mortality in sub-Saharan Africa*. 2006;2:43–58.
4. Troeger C, Blacker BF, Khalil IA, Rao PC, Cao S, Zimsen SR, et al. Estimates of the global, regional, and national morbidity, mortality, and aetiologies of diarrhoea in 195 countries: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2016. *The Lancet Infectious Diseases*. 2018;18(11):1211–28.
5. World Health Organization. SCORE for health data technical package: global report on health data systems and capacity, 2020. 2021;
6. Bradshaw D, Dorrington R, Laubscher R, Moultrie T, Groenewald P. Tracking mortality in near to real time provides essential information about the impact of the COVID-19 pandemic in South Africa in 2020. *South African Medical Journal*. 2021;111(8):732–40.
7. World Health Organization. Revealing the toll of COVID-19: a technical package for rapid mortality surveillance and epidemic response. 2020;
8. United Nations. Department of economic and social affairs, population division. *World population prospects*. 2019;2019.
9. Klaucke DN, Buehler JW, Thacker SB, Parrish RG, Trowbridge FL. *Guidelines for evaluating surveillance systems*. 1988;
10. United Nations. Statistical Office. *Principles and recommendations for a vital statistics system*. United Nations Publications; 2014.
11. WHO A. *WHO Methods and Data Sources for Life Tables 1990–2019*. 2020;
12. World Health Organization. United Nations Statistics Division–Demographic and Social Statistics. *Demographic Yearbook 2009–2010, fertility section, tables 10 and 10a. Live births by age of mother and sex of child, general and age-specific fertility rates*.
13. African Union Commission. *Agenda 2063: The Africa We Want* [Internet]. 2015. Available from: https://au.int/sites/default/files/documents/36204-doc-agenda2063_popular_version_en.pdf
14. Union A. *Africa health strategy 2016–2030*. Addis Ababa: African Union. 2016;
15. Nichols E, Pettrone K, Vickers B, Gebrehiwet H, Surek-Clark C, Leitao J, et al. Mixed-methods analysis of select issues reported in the 2016 World Health Organization verbal autopsy questionnaire. *Plos one*. 2022;17(10):e0274304.
16. Adair T. Who dies where? Estimating the percentage of deaths that occur at home. *BMJ Global Health*. 2021;6(9):e006766.
17. Hill K, Lopez AD, Shibuya K, Jha P. Interim measures for meeting needs for health sector data: births, deaths, and causes of death. *The Lancet*. 2007;370(9600):1726–35.
18. Ibrahima Socé Fall, Soatiana Rajatonirina, Ali Ahmed Yahaya, Yoti Zabulon, Peter Nsubuga, Miriam Nanyunja, et al. Integrated Disease Surveillance and Response (IDSR) strategy: current status, challenges and perspectives for the future in Africa. *BMJ Global Health*. 2019 Jul 1;4(4):e001427.
19. World Health Organization. *International health regulations (2005): a guide for public health emergency contingency planning at designated points of entry*. WHO Regional Office for the Western Pacific; 2012.

20. World Health Organization. Maternal mortality measurement: guidance to improve national reporting. World Health Organization; 2022.
21. Hounton S, De Bernis L, Hussein J, Graham WJ, Danel I, Byass P, et al. Towards elimination of maternal deaths: maternal deaths surveillance and response. *Reproductive health*. 2013;10(1):1–8.
22. Bangha M, Diagne A, Bawah A, Sankoh O. Monitoring the millennium development goals: the potential role of the INDEPTH Network. *Global Health Action*. 2010;3(1):5517.
23. Rao C. Mortality estimates for South East Asia, and INDEPTH mortality surveillance: necessary but not sufficient? *International journal of epidemiology*. 2013;42(4):1196–9.
24. de Savigny D, Renggli S, Cobos D, Collinson M, Sankoh O. Maximizing Synergies between Health Observatories and CRVS. 2018;
25. Liu S, Wu X, Lopez AD, Wang L, Cai Y, Page A, et al. An integrated national mortality surveillance system for death registration and mortality surveillance, China. *Bulletin of the World Health Organization*. 2016;94(1):46.
26. Begg S, Rao C, Lopez AD. Design options for sample-based mortality surveillance. *International journal of epidemiology*. 2005;34(5):1080–7.
27. Nkengasong J, Gudo E, Macicame I, Maunze X, Amouzou A, Banke K, et al. Improving birth and death data for African decision making. *The Lancet Global Health*. 2020;8(1):e35–6.
28. World Health Organization. Mortality: guidelines for certification and rules for coding. *International Statistical Classification of Diseases and Health Related Problems—Tenth revision*. 1993;2:30–65.
29. Nichols EK, Byass P, Chandramohan D, Clark SJ, Flaxman AD, Jakob R, et al. The WHO 2016 verbal autopsy instrument: An international standard suitable for automated analysis by InterVA, InSilicoVA, and Tariff 2.0. *PLoS medicine*. 2018;15(1):e1002486.
30. Health Metrics Network, World Health Organization. Assessing the national health information system: an assessment tool. World Health Organization; 2008.
31. Cobos Muñoz D, de Savigny D, Sorchik R, Bo KS, Hart J, Kwa V, et al. Better data for better outcomes: the importance of process mapping and management in CRVS systems. *BMC medicine*. 2020;18(1):1–10.
32. Usman Y, Iriawan RW, Rosita T, Lusiana M, Kosen S, Kelly M, et al. Indonesia's Sample Registration System in 2018: A work in progress. 2019;
33. de Savigny D, Riley I, Chandramohan D, Odhiambo F, Nichols E, Notzon S, et al. Integrating community-based verbal autopsy into civil registration and vital statistics (CRVS): system-level considerations. *Global Health Action*. 2017 Jan;10(1):1272882.
34. Joubert J, Rao C, Bradshaw D, Vos T, Lopez AD. Evaluating the quality of national mortality statistics from civil registration in South Africa, 1997–2007. *PLoS One*. 2013;8(5):e64592.
35. Millar E. Strengthening the Performance of Kenya's Health Information System: Improvements in Data Quality and Use at the County Level. Chapel Hill, NC: MEASURE Evaluation, University of North Carolina. 2019;
36. World Health Organization. Support tool to strengthen health information systems: guidance for health information system assessment and strategy development. 2021;
37. Amouzou A, Faye C, Wyss K, Boerma T. Strengthening routine health information systems for analysis and data use: a tipping point. *BMC health services research*. 2021;21(1):1–4.

ANNEXES

Annexe 1a : Évaluation des données sur la mortalité prises en compte dans les cadres de surveillance nationaux

Cadre de suivi	Agence responsable	Indicateur	Système de données	Fréquence des rapports	Diffusion/ utilisation des données
Exemple : Stratégie nationale de croissance et de développement (SNCD)	Ministère de la planification économique et du développement	Taux de mortalité des moins de cinq ans	Système d'enregistrement et de statistiques de l'état civil	Annuel	Rapporté annuellement au NGDS, rapporté dans le rapport annuel du secteur de la santé, autres.

Annexe 1b : Évaluation d'autres données sur la mortalité dans le secteur de la santé (et au-delà, par exemple la police)

Source des données/ Système	<i>Exemple : Santé de l'enfant, système d'information sur la gestion de la santé (HMIS)</i>						
Dépositaire de l'indicateur/ des données	<i>Département de la santé de l'enfant</i>						
Outils de collecte de données (formulaires)	<i>Registre de pédiatrie</i>						
Systèmes de collecte de données (y compris les systèmes électroniques)	<i>HMIS/DHIS2</i>						
Champ d'application géographique	<i>Dans tout le pays</i>						



Basé sur la communauté et/ou l'établissement	<i>Basé sur l'établissement</i>						
Variables collectées	<i>Date de naissance de l'enfant (DOB), date de décès (DOD), etc.</i>						
Cause du décès incluse ? O/N Si oui, méthode	<i>Personnel de santé Oui, sélectionné à partir d'une liste restreinte</i>						
Agent de collecte de données	<i>Personnel de santé</i>						
Données rapportées au niveau du patient ou agrégées ?	<i>Agrégat</i>						
Taux de notification ou exhaustivité	<i>98%</i>						
Résultats des données ; désagrégation	<i>Décès d'enfants de plus de 5 ans, par liste de causes courtes, par établissement</i>						
Fréquence des mesures / Délais recommandés	<i>Routine, événements signalés dans les 14 jours</i>						
Diffusion/utilisation des données	<i>Contrôle au niveau de l'établissement, rapports annuels</i>						

Annexe 2 : Critères de qualité des données du SIS recommandés pour la mortalité des moins de 5 ans et la mortalité maternelle

Tableau V.A — Évaluation de la qualité des données du SIS national : Mortalité des moins de 5 ans (toutes causes confondues)							
Indicateur	Critères d'évaluation de la qualité	Articles	Tout à fait adéquat 3	Adéquat 2	Présente mais insuffisante 1	Pas du tout adéquat 0	Score
A. Mortalité des moins de 5 ans (toutes causes confondues)	V.A.1 Méthode de collecte des données	Méthode de collecte des données utilisée pour l'estimation publiée le plus récemment ou à publier	Enregistrement d'au moins 90 % des décès d'enfants de moins de 5 ans	Historique des naissances à partir de l'enquête sur les ménages ou du système d'enregistrement des échantillons	Autres méthodes (telles que les méthodes indirectes basées sur des enquêtes auprès des ménages ou des recensements)	Pas de données	
		V.A.2 Rapidité d'exécution	Pour la dernière estimation publiée, nombre d'années écoulées depuis la collecte des données	0–2 ans	3–5 ans	6–9 ans	10 ans ou plus
	V.A.3 Périodicité	Nombre de mesures au cours des dix dernières années	3 ou plus	2	1	Aucun	
		V.A.4 Cohérence	Ensembles de données provenant des principales sources de données cohérentes au cours des 10 dernières années	Pas de divergences majeures	Plusieurs divergences	Divergences multiples	Non applicable
V.A.5 Représentativité	Couverture des données sur lesquelles l'estimation la plus récente est basée	Tous les décès (>90%)	Échantillon de décès	Études locales	Non applicable		



		Tous les 3	2	1	Aucun
V.A.6 Désagrégation	Estimation la plus récente ventilée selon (1) les caractéristiques démographiques (par exemple, le sexe, l'âge) ; (2) le statut socio-économique (par exemple, le revenu, la profession, l'éducation du parent) ; (3) la localité (par exemple, urbaine/rurale, la principale région géographique ou administrative).				
V.A.7 Méthodes d'ajustement	Les ajustements dans les pays utilisent des méthodes transparentes et bien établies	Oui			Non

Tableau V.A— Évaluation de la qualité des données du SIS national : Mortalité maternelle							
Indicateur	Critères d'évaluation de la qualité	Articles	Tout à fait adéquat 3	Adéquat 2	Présente mais insuffisante 1	Pas du tout adéquat 0	Score
B. Mortalité maternelle	V.B.1 Méthode de collecte des données	Méthode de collecte des données utilisée pour l'estimation publiée le plus récemment ou à publier	Enregistrement à l'état civil d'au moins 90 % des décès avec une bonne certification médicale de la cause du décès	Exemple d'enregistrement de l'état civil avec autopsie verbale	Autres méthodes issues d'enquêtes sur les ménages ou de recensements (telles que l'histoire de la fratrie, les décès récents avec autopsie verbale)	Pas de données	
	V.B.2 Rapidité d'exécution	Pour la dernière estimation publiée, nombre d'années écoulées depuis la collecte des données	0—2 ans	3—5 ans	6—9 ans	10 ans ou plus	
	V.B.3 Périodicité	Nombre de mesures au cours des dix dernières années	3 ou plus	2	1	Aucun	
	V.B.4 Cohérence	Ensembles de données provenant des principales sources de données cohérentes au cours des 10 dernières années	Pas de divergences majeures	Plusieurs divergences	Divergences multiples	Non applicable	
	V.B.5 Représentativité	Couverture des données sur lesquelles l'estimation la plus récente est basée	Tous les décès	Échantillon de décès	Études locales	Non applicable	



<p>V.B.6 Désagrégation</p>	<p>L'estimation publiée le plus récemment (ou qui sera publiée) est ventilée selon (1) les caractéristiques démographiques (par exemple, le sexe, l'âge) ; (2) le statut socio-économique (par exemple, le revenu, la profession, l'éducation) ; (3) la localité (par exemple, urbaine/rurale, la principale région géographique ou administrative).</p>	<p>Désagrégation disponible pour les 3 éléments</p>	<p>Désagrégation disponible pour 2 éléments</p>	<p>Désagrégation disponible pour 1 élément</p>	<p>La désagrégation n'est pas possible</p>
<p>V.B.7 Méthodes d'ajustement</p>	<p>Les ajustements dans les pays utilisent des méthodes transparentes et bien établies</p>	<p>Oui</p>	<p>Non</p>		

Annexe 3 : Programmes de HDSS actuellement en vigueur dans les États membres de l'Union africaine

Pays	Programme HDSS	Population de l'étude actuelle	Année de démarrage	Autopsie verbale
Angola	Dande	59 635	2010	Oui
Burkina Faso	Kaya	64 480	2007	Oui
	Nanoro	54 780	2009	Oui
	Nouna	93 000	1992	Oui
	Ouagadougou	82 387	2008	Oui
	Sapone	86 069	NA	NA
Côte d'Ivoire	Taabo	42 480	2009	Oui
RD Congo	Kimpese	60 000	2016	NA
Éthiopie	Arba Minch	68 802	2009	NA
	Butajira	78 000	1986	Oui
	Dabat	69 468	1996	Non
	Gilgel Gibe	62 235	2005	Oui
	Harar	60 444	2012	NA
	Kilite Awlaelo	65 848	NA	NA
Gabon	Lambarène	30 000	2016	Oui
Gambie	Farafenni	47 331	1981	Oui
	Ouest Kiang	14 374	NA	NA
Ghana	Dodowa	13 690	2005	Oui
	Kintampo	142 977	1994	Non
	Navrongo	156 735	2006	Oui
Guinée Bissau	Bandim	105 000	1978	Non
Kenya	Kilifi	260 000	2000	Oui
	Kisumu	230 000	2001	Oui
	Kombewa	123 456	2007	Oui
	Mbita	54 014	2006	Oui
	Nairobi	61 695	2002	Oui
Malawi	Karonga	35 730	2004	Oui
Mali	Bamako	227 219	2006	NA
Mozambique	Manhica	89 617	1996	Oui
	Chokwe	99 834	2010	Oui
Nigéria	Cross River	31 124	2010	Oui
	Nahuca	136 106	2009	Oui

Pays	Programme HDSS	Population de l'étude actuelle	Année de démarrage	Autopsie verbale
Sénégal	Bandafassi	13 373	1975	Oui
	Mlomp	8 200	1985	Oui
	Niakhar	43 000	1962	Oui
Afrique du Sud	Agincourt	115 000	1992	Oui
	AHRI	168 000	2000	Oui
	Dikgale	35 000	NA	Oui
Tanzanie	Ifakara	124 000	2001	Oui
	Magu	35 000	1994	Oui
	Runji	97 000	1998	Oui
Ouganda	Iganga/Mayuge	79 794	2004	Oui
	Kyamulibwa	22 000	1989	Non
	Rakal	50 000	NA	NA

Réseau INDEPTH : Sites de surveillance de la santé et de la démographie (SSD) membres.
 Disponible à l'adresse suivante : <http://www.indepth-network.org/member-centres>

*Cette liste de programmes HDSS dans les États membres de l'Union africaine peut être incomplète, en raison du manque d'informations sur le statut opérationnel de plusieurs programmes déjà connus.

Annexe 4 : Exigences en matière de renforcement des capacités pour l'établissement de programmes nationaux de statistiques de mortalité

Nœud	Le personnel	Fonctions	Éléments de renforcement des capacités
Communauté	<ol style="list-style-type: none"> 1. Chefs de file communautaires 2. Réseau local de notificateurs* 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Identification des décès 2. Déclaration/ notification des décès 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Lois et règlements 2. Responsabilités, formulaires et procédures
Bureau de l'état civil	<ol style="list-style-type: none"> 1. Officiers d'état civil 2. Police locale 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Enregistrement des décès 2. Partage des données avec le centre de santé du gouvernement local 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Lois et règlements 2. Responsabilités, formulaires et procédures 3. Rôle du secteur de la santé/mécanismes de partage des données 4. Importance de l'exhaustivité et de la qualité des données
Centres de santé communautaires	<ol style="list-style-type: none"> 1. Personnel paramédical 2. Médecins 3. Gestionnaires de données 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Entretien d'autopsie verbale (AV) 2. Attribution des causes de décès 3. Compilation et transmission des données 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Aspects techniques, administratifs et sociétaux de la VA 2. L'exhaustivité et la qualité des données 3. Lignes directrices et processus de diagnostic des causes de décès 4. Gestion des données
Hôpitaux	<ol style="list-style-type: none"> 1. Médecins 2. Experts en codage 3. Personnel chargé des dossiers médicaux 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Certificat médical de la cause du décès 2. Codage des causes multiples/sous-jacentes 3. Vérification et soumission des données 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Principes de la certification médicale de la mort 2. Règles de codage/sélection de la cause sous-jacente 3. Contrôle de la qualité et gestion des données
Bureaux de santé du district/de la ville	<ol style="list-style-type: none"> 1. Personnel statistique 2. Experts en codage 3. Médecins de santé publique 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Codage et compilation des données 2. Contrôle des délais et de la qualité des rapports 3. Rapports statistiques et interprétation des mesures de performance/mortalité 4. Assistance logistique/technique aux unités de terrain 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Règles de codage/sélection de la cause sous-jacente 2. Principes de la supervision sur le terrain 3. Contrôle des délais/suivi des rapports 4. Compréhension et interprétation des mesures de performance du système et des résultats en matière de mortalité 5. Compilation/archivage/présentation des dossiers



Nœud	Le personnel	Fonctions	Éléments de renforcement des capacités
Services de santé de la province ou de l'État	<ol style="list-style-type: none"> 1. Personnel statistique 2. Analystes de données 3. Gestionnaires de programmes de santé 4. Directeur régional de la santé 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Compilation des données et contrôle de la qualité 2. Analyse et interprétation des données 3. Programme de statistiques sur la mortalité Gouvernance/ affectation des ressources/ renforcement des capacités 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Principes/méthodes/ outils d'évaluation de la qualité des données 2. Analyse et interprétation des mesures démographiques et épidémiologiques de la mortalité 3. Matériels et méthodes de formation pour les fonctions périphériques 4. Besoins en ressources pour des programmes de statistiques de mortalité efficaces
Planification nationale de la santé / Office des statistiques	<ol style="list-style-type: none"> 1. Epidémiologistes 2. Économistes de la santé 3. Bureaucrates de la politique de santé 4. Personnel de santé international 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Utilisation des données / mesures de mortalité pour <ul style="list-style-type: none"> □ Évaluation de la situation et des tendances sanitaires □ Évaluation des programmes de santé 2. Liaison avec les universités et les organismes de recherche 3. Représentation dans les forums internationaux 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Interprétation des tendances et analyse différentielle des mesures de mortalité 2. Traduire l'information en données probantes 3. Exigences nationales / internationales en matière de rapports

*Le réseau local de notification comprend généralement les agents de santé du village, les chefs religieux, la police et les agences locales de services sociaux.

Annexe 5 : Feuille de route pour le renforcement de la surveillance continentale de la mortalité (2022-2026)

Leadership et gouvernance		2022	2023	2024	2025	2026	Objectif global	Autorité responsable
Domaine d'action 1	Leadership et gouvernance							
Objectif stratégique 1	Objectif stratégique 1 : Aligner les États membres, les communautés économiques régionales et les partenaires pour établir, renforcer et coordonner des actions multisectorielles sur la surveillance de la mortalité							
	Interventions prioritaires							
	Déterminer l'agence principale responsable de l'EM (probablement le ministère de la santé/le ministère de la protection sociale) ainsi que le département responsable.							Pays, CDC Afrique
	Définir les rôles et les responsabilités des institutions							Pays
	Établir des cadres de collaboration avec d'autres agences et parties prenantes clés (y compris les partenaires de développement et de mise en œuvre).							CDC Afrique, Pays, Partenaires
	Désignation des personnes de contact pour les EM au niveau national							Pays
	Mettre en place une structure de coordination multi-agences au niveau continental et régional (GTT régional)							CDC Afrique, Pays, Partenaires
	Établir/renforcer la structure de gouvernance au niveau national (par exemple, le groupe de travail technique sur les EM)							Pays
	S'aligner sur les comités techniques spécialisés de l'Union africaine dans les domaines de la santé, de la population et du CRVS							CDC Afrique
	Projet phare : Établir et renforcer les groupes de travail techniques multisectoriels sur la surveillance de la mortalité afin de diriger et de coordonner l'action entre les secteurs.							CDC Afrique, Pays, Partenaires

	<p>Aider les ministères de la santé et les services de santé publique à élaborer et à mettre en œuvre des lignes directrices et des politiques nationales pour la surveillance de la mortalité.</p> <p>Élaborer des outils harmonisés et des procédures opérationnelles normalisées pour la collecte de données sur la mortalité</p> <p>Établir des accords de collaboration ou des protocoles d'accord, notamment sur le partage des données de mortalité</p> <p>Harmonisation du cadre réglementaire de la surveillance de la mortalité dans les cinq régions d'Afrique</p> <p>Réaliser une étude KAP</p> <p>Projet phare : Soutenir les États membres dans l'intégration du cadre continental pour la surveillance de la mortalité</p> <p>Mise en œuvre technique</p>
<p>Domaine d'action 4</p> <p>Objectif stratégique 4 :</p>	<p>Aider le ministère de la santé et le ministère de la protection sociale à intégrer les données sur la mortalité dans une base de données nationale et à s'aligner sur les initiatives nationales, continentales et mondiales existantes et sur les parties prenantes.</p>



<p>Domaine d'action 5</p> <p>Objectif stratégique 5 :</p>	<p>Établir/renforcer un système global de surveillance de la mortalité</p> <p>Adoption de normes, de procédures opérationnelles standardisées et d'outils normalisés pour la surveillance de la mortalité dans les cinq régions</p> <p>Soutenir l'élaboration et la mise en œuvre des plans d'action nationaux</p> <p>Soutenir les pays dans la mise en œuvre d'un inventaire périodique de leurs programmes nationaux</p> <p>Renforcement de la capacité d'analyse et de communication des données</p> <p>Créer un répertoire central pour toutes les données relatives à la mortalité</p> <p>Développement d'outils adaptés au contexte épidémiologique et géographique des cinq régions</p> <p>Numérisation des systèmes de surveillance de la mortalité</p> <p>Promouvoir les initiatives en faveur de l'interopérabilité des systèmes</p> <p>Adopter des outils de collecte de données</p> <p>Élaboration d'un plan d'action pour la mise en œuvre technique dans chaque région et chaque pays</p> <p>Projet phare : Élaboration d'une feuille de route pour la mise en œuvre au niveau régional et national</p> <p>Renforcement des effectifs et des capacités</p> <p>Renforcer les capacités et les compétences du personnel pour une mise en œuvre efficace et créer des communautés de pratique pour la surveillance de la mortalité</p>
---	---

	<p>Identifier les besoins de renforcement des capacités des différents acteurs clés (régionaux/nationaux)</p> <p>Renforcer les capacités de collecte, d'analyse et d'interprétation des données sur la mortalité conformément aux normes internationales (régionales/nationales)</p> <p>Développement d'un cours de formation pour guider la mise en œuvre de la mise en œuvre</p> <p>Promouvoir la recherche en santé publique pour la production de données probantes en s'appuyant sur les initiatives existantes de l'Union africaine, du CDC Afrique et d'autres parties prenantes.</p> <p>Projet phare : Lancer le cours de formation sur la surveillance de la mortalité organisé par l'Union africaine et les CDC d'Afrique à l'intention des principaux acteurs.</p>																		
<p>Domaine d'action 6</p> <p>Objectif stratégique 6 :</p>	<p>Durabilité/mobilisation des ressources</p> <p>Élaborer et soutenir des mécanismes de financement continents et régionaux durables pour la mise en œuvre du plan stratégique du CDC Afrique visant à soutenir les États membres dans la surveillance de la mortalité.</p>																		



Centres Africains pour le Contrôle et la
Prévention des Maladies
Commission de l'Union Africaine

Rue Roosevelt W21K19
B.P: 3243, Addis-Abeba, Éthiopie
Office Tel: +251 710 500 856



+251 11 551 7700

 africacdc@africa-union.org

 www.africacdc.org

 [africacdc](https://twitter.com/africacdc)

 [@AfricaCDC](https://www.facebook.com/AfricaCDC)