

Module 2

Mortalité

TABLE DES MATIÈRES

2.1	Quels sont les outils utilisés pour la collecte des données ?	9
2.2	Qui est chargé de la collecte des données ?	9
2.3	Quelles données doivent être recueillies et comment ?	10
2.4	Quand et comment les données doivent-elles faire l'objet d'un rapport ?	12
2.5	Comment les données doivent-elles être interprétées et utilisées ?	14

GUIDES ILLUSTRÉS

>	Guide illustré du registre de mortalité	16
>	Guide illustré du rapport sur la mortalité	18

Mortalité

INTRODUCTION

Avec la malnutrition (voir Module 8 : Nutrition), la mortalité constitue l'un des indicateurs les plus couramment utilisés pour évaluer la gravité d'une crise et surveiller la réponse humanitaire globale.

Les critères à respecter dans le cadre des activités de collecte de données valides sur la mortalité sont communs à tous les systèmes de surveillance :

1. la population doit être relativement stable ;
2. il doit être possible d'obtenir des données de population précises (dénominateur) et une bonne couverture des données de mortalité (numérateur) ; et
3. la période de surveillance doit être suffisamment longue pour permettre la survenue d'un nombre d'événements suffisant pour calculer des taux significatifs.

Dans les situations de réfugiés prolongées, qui permettent d'obtenir une bonne couverture des décès et de la population (numérateur et dénominateur), les systèmes de surveillance prospectifs constituent la meilleure solution pour contrôler les données de mortalité. Il est ainsi possible d'obtenir des informations actuelles sur les tendances de mortalité et de déclencher rapidement des actions en réponse à des crises sévères.

Pour les situations d'urgence ou les zones géographiques étendues (où les populations se déplacent en permanence), ces critères ne sont généralement pas remplis et des méthodes rétrospectives de collecte de données de mortalité restent la seule option envisageable. Les méthodes rétrospectives utilisées pour évaluer la mortalité reposent le plus souvent sur des études transversales (il s'agit en général d'études sur la nutrition). Ce guide ne vise pas à donner une explication détaillée de ces méthodes rétrospectives. Il se concentre uniquement sur la surveillance régulière de la mortalité au sein du SIS.

Les rapports détaillés sur la mortalité ont deux objectifs principaux :

1. État de santé publique

Les données de mortalité fournissent des informations de santé très spécifiques et particulièrement utiles pour surveiller l'état de santé d'une population. Le taux brut de mortalité est traditionnellement utilisé pour évaluer l'ampleur ou l'impact sanitaire d'une situation d'urgence en matière de santé publique. Afin de ne pas sous-estimer le taux de mortalité, il convient d'exercer la plus grande vigilance. En effet, le taux de mortalité est fréquemment sous-estimé lorsque les décès se produisent en dehors du camp ou lorsqu'ils concernent un groupe de population spécifique (les nouveau-nés par exemple).

2. Données de population

Un rapport complet des décès constitue la base du travail d'actualisation hebdomadaire des données de population des camps. L'élaboration d'un rapport précis est essentielle ; elle permet d'assurer un suivi fiable des statistiques et tendances démographiques de chaque camp.



2.1 QUELS SONT LES OUTILS UTILISÉS POUR LA COLLECTE DES DONNÉES ?

Les outils de collecte de données sont présentés dans l'encadré ci-dessous et classés comme suit :

Outils primaires

Les sources de données primaires sont essentielles à la surveillance de routine au sein du SIS et sont indispensables au calcul des indicateurs. C'est sur elles que reposent les conseils et la formation prodigués dans ce manuel. Elles sont détaillées dans les Guides illustrés, disponibles à la fin de ce module.

Outils secondaires

Les sources de données secondaires possèdent des fonctions importantes au sein du SIS mais ne sont pas directement utilisées dans le calcul des indicateurs. Elles jouent un rôle crucial dans la prise de décisions cliniques adaptées, ainsi que dans la promotion de la qualité du service proposé et des performances. Elles sont décrites dans les cases d'information du texte de base.



> Outils de collecte des données et de surveillance

Mortalité

Outils primaires
1. Registre de mortalité
2. Rapport de mortalité

Outils secondaires
1. Avis de décès
2. Dossiers d'examen de cas
3. Liste
4. Dossiers de la communauté*
5. Dossiers de l'établissement de transfert

* Les sources exactes dépendront des pratiques adoptées par chaque pays ; elles peuvent inclure les registres des fournisseurs de linceuls, le personnel des cimetières, les travailleurs de santé de la communauté, les chefs religieux et les groupes de femmes.



2.2 QUI EST CHARGÉ DE LA COLLECTE DES DONNÉES ?

Les données de mortalité doivent être collectées régulièrement par les établissements de santé et les sources communautaires. La responsabilité liée à la collecte de ces informations et à l'établissement de rapports est partagée par divers informateurs clés, notamment les gardiens de lieux d'inhumation, les chefs de communauté et le personnel des établissements de santé et hôpitaux de transfert.

Un registre de mortalité doit être utilisé pour signaler tous les décès qui surviennent au sein de chaque camp. Ce registre sera maintenu de façon centrale par l'administrateur des registres du camp ; un mécanisme sera mis en place pour recouper les informations fournies chaque jour par les diverses sources (voir 2.3.3 Certificats de décès). À la fin de chaque semaine, l'administrateur des registres vérifiera chaque source pour s'assurer que tous les décès ont été signalés à temps et qu'aucune information n'a été omise.

L'administrateur des registres sera chargé de compléter chaque semaine le rapport sur la mortalité et d'envoyer au coordinateur de santé une liste de données de mortalité en fonction des cas. Certaines agences formulent des directives qui stipulent que certains types de décès doivent faire l'objet d'une investigation et que la cause du décès doit être détaillée dans un rapport descriptif distinct (voir l'encadré Éléments nationaux à prendre en compte).



2.3 QUELLES DONNÉES DOIVENT ÊTRE RECUEILLIES ET COMMENT ?

L'un des objectifs premiers du SIS est de produire des informations fiables sur les taux de mortalité. Ces indicateurs ont une importance capitale pour les responsables des opérations ils présentent également un intérêt considérable pour les médias, les donateurs et les agences de santé.

Il est indispensable de garder une trace unique de tous les décès constatés dans le camp sous forme d'un registre de mortalité exhaustif géré de façon centrale. Ce registre inclura les décès survenus au sein de la communauté, dans les établissements de santé et dans les centres de transfert situés en dehors du camp.

2.3.1 Registre de mortalité

> Enregistrement

Le registre de mortalité contient des informations de base : identité du défunt, heure, date et lieu du décès. Pour faciliter la récupération ou la mise à jour des données dans la base de données proGres du HCR, le numéro de la carte de rationnement sera également noté.

Le lieu désignera plus particulièrement le nom de l'établissement de santé, de l'hôpital ou du site communautaire où a été constaté le décès. Tous les décès doivent être consignés dans les statistiques hebdomadaires du camp d'origine de la personne décédée.

> Cause du décès

La cause directe (ou immédiate) du décès doit être indiquée, suivie des causes secondaires. En général, une seule cause directe de décès doit être indiquée sous la forme « dû à ou résultante de », suivie d'une séquence d'une ou deux conditions associées.



> Éléments nationaux à prendre en compte

Quel est le classement adopté pour les causes de mortalité ?

La cause du décès doit être clairement indiquée dans le registre de mortalité et correspondre à la classification suivante.

la	Cause directe du décès
lb	Cause sous-jacente du décès
ll	Conditions significatives non liées à la cause principale du décès (plusieurs conditions possibles)

Exemple :

Diagnostic	Durée
la Malnutrition	1 mois
lb Diarrhée aqueuse	7 jours
ll Déshydratation aiguë	7 jours
Diabète	2 ans

Remarque

Il est conseillé de considérer le diagnostic de **VIH/SIDA** ou de **malnutrition**, en tant que cause directe de décès, comme prioritaire sur toute autre co-morbidité. Les autres pathologies associées doivent être classées parmi les causes sous-jacentes de décès.

Dans les cas où un décès est associé au VIH/SIDA et à la malnutrition, considérer le **VIH/SIDA** comme la cause principale du décès.

Une seule cause de décès doit être sélectionnée dans la colonne « Cause directe » ou « Cause(s) associée(s) ». Il est conseillé de considérer le diagnostic de **VIH/SIDA** ou de **malnutrition** en tant que cause directe de décès, comme prioritaire sur toute autre co-morbidité. Les autres pathologies associées doivent être classées parmi les causes associées de décès. Dans les cas où un décès est associé à la fois au VIH/SIDA et à la malnutrition, considérer le **VIH/SIDA** comme cause principale du décès.

Pour garantir une interprétation et un signalement cohérents des informations, se reporter à tout moment aux définitions de cas (pour plus d'informations, voir Module 3 : Morbidité).

2.3.2 Investigation des décès

Selon les politiques de chaque agence de santé, certaines causes directes de décès doivent donner lieu à une investigation détaillée en vue d'identifier la cause et les circonstances exactes qui entourent le décès. Cette investigation doit être conduite sous la houlette d'une équipe pluridisciplinaire constituée du personnel de l'agence de santé, du HCR, des acteurs gouvernementaux et des responsables communautaires. Le résultat doit être documenté dans un rapport explicatif à l'aide des termes de référence définis au préalable (voir l'encadré Éléments nationaux à prendre en compte).

Des directives décrivant le moment où mener une investigation sur un décès, la composition de l'équipe, les méthodes d'investigation et la procédure à suivre pour créer un rapport final doivent être clairement indiquées par chaque agence. Selon la cause du décès à étudier, l'examen peut également être lié à des efforts plus importants d'alerte et de réponse épidémiques (voir Module 3 Chapitre 2 : Alerte épidémique et réponse). Le besoin de procéder un examen de cas ou de déclencher une alerte épidémie doit être noté dans le registre de mortalité.

2.3.3 Notification de décès

Pour chaque décès survenu dans le camp, l'agence de santé doit émettre une notification de décès. Cette opération fait office d'enregistrement légal du décès et permet une triangulation des données entre les différentes sources de données sur la mortalité, au sein de l'hôpital et de la communauté. Aucune inhumation ne doit avoir lieu en l'absence de certificat de décès rédigé par l'hôpital/dispensaire principal du camp. Le numéro de référence unique de la notification de décès sera également noté dans le registre de mortalité. Cela permettra d'éviter de sous-estimer les décès survenant au sein de la communauté, mais qui peuvent ne pas être signalés à une agence de santé.



2.4 QUAND ET COMMENT LES DONNÉES DOIVENT-ELLES FAIRE L'OBJET D'UN RAPPORT ?

À la fin de chaque semaine, l'administrateur des registres du camp doit reporter le nombre de décès dans le tableau correspondant du rapport sur la mortalité.

Les dates des semaines de rapport sont indiquées dans le Calendrier d'établissement de rapports. Il est important que tout le personnel soit au fait de ces dates et que des copies du calendrier soient distribuées sur tous les sites.

2.4.1 Rapport hebdomadaire

L'administrateur des registres sera chargé de compléter le rapport sur la mortalité à partir du registre de mortalité. Chaque entrée du registre doit être soigneusement récupérée, puis classée par âge (< 5, ≥ 5), par statut (réfugié ou ressortissant) et par cause de décès. Le SIS ne permet pas d'indiquer une liste exhaustive de décès provoqués par des causes spécifiques. Chaque pays doit identifier les maladies et les événements de santé prioritaires, qui constituent la principale menace pour la santé des réfugiés et de la population d'accueil. À partir de cette sélection, une liste des principales maladies et des principaux événements de santé entraînant la mort sera élaborée.

Le formulaire de rapport hebdomadaire permet d'ajouter jusqu'à six causes de décès supplémentaires dans les « cellules libres » de cette liste. Une excellente coordination entre les agences de santé est indispensable pour garantir la surveillance de causes de décès identiques sur l'ensemble des camps. Ceci permet de préserver la cohérence des informations dans chaque structure nationale. Pour savoir quelles causes de mortalité sélectionner, se reporter au Module 3 : Morbidité.



> Éléments nationaux à prendre en compte

Quelle procédure est appliquée pour l'examen des décès ?

Lorsque certains types de décès surviennent dans les camps, un examen de cas systématique doit être entrepris (voir Liste 1). Des directives concernant le moment où mener un examen de cas, la composition de l'équipe, les méthodes d'enquête et la procédure à suivre pour créer un rapport final doivent être clairement spécifiées par chaque agence.

Liste 1. Causes de décès devant donner lieu à un examen de cas immédiate

> Mort obstétrique*
> Mort violente
> Mort dont la cause est inconnue ou incertaine
> Mort accidentelle
> Mort fœtale suspecte
> Décès consécutif à une anesthésie ou à un acte chirurgical
> Décès survenu dans les 24 heures après une admission à l'hôpital

L'examen d'une cause de décès peut aider à identifier des défaillances dans les services et à améliorer les procédures de transfert pour certains types d'urgence. La révision de cas peut permettre aux prestataires de soins de santé d'améliorer leur capacité à identifier des signes précoces de conditions urgentes.

Les éléments à prendre en compte sont les suivants :

> début de l'apparition de la maladie menaçant le pronostic vital ;
> date d'observation du problème et date du décès ;
> chronologie des actions ;
> accès aux soins ou logistique de transfert ; et
> qualité des soins jusqu'au décès.

Les informations peuvent provenir de gardiens de cimetières, du personnel hospitalier/du centre de santé ou de rapports de la communauté. Une autopsie verbale, laquelle a déjà été utilisée dans certaines situations impliquant des réfugiés, s'est révélée particulièrement utile lorsqu'aucun dossier médical n'est disponible.

* Remarque : Le personnel du camp doit examiner les décès dus à une grossesse (mort obstétrique directe) et aux effets de la grossesse sur une condition pré-existante (mort obstétrique indirecte). Ces deux types d'informations sont essentiels, car la mortalité directe est souvent sous-estimée. De telles informations ont pour objet de déterminer les décès causés par une grossesse ou un accouchement, dus à des complications ou à la prise en charge de ces complications afin d'éviter ce type de décès à l'avenir.

Outre les informations contenues dans le formulaire, une liste des décès doit être ajoutée au rapport hebdomadaire. Cette liste doit inclure des informations complémentaires relatives au cas obtenues à partir du registre de mortalité : nom, sexe, âge exact et statut (réfugié ou ressortissant) du défunt, la cause directe et les causes secondaires du décès, ainsi que d'autres conditions importantes. Le cas échéant, les rapports d'examen des cas doivent être inclus dans cette liste hebdomadaire.

Un Guide illustré du rapport hebdomadaire sur la mortalité et un descriptif de la façon dont les informations doivent être rapportées par les différentes sources de données quotidiennes sont disponibles à la fin du module.

2.4.2 Rapport mensuel

À la fin de chaque semaine, les formulaires de rapport papiers peuvent être saisis directement sur informatique. La base de données regroupe alors automatiquement ces rapports sous forme de rapport mensuel, composé de 4 ou 5 rapports hebdomadaires, selon le calendrier d'établissement des rapports. D'autres informations sur la gestion des données sont fournies dans le chapitre 3 de ce manuel.



2.5 COMMENT LES DONNÉES DOIVENT-ELLES ÊTRE INTERPRÉTÉES ET UTILISÉES ?

Les indicateurs de mortalité sont présentés ci-contre. Chaque indicateur est classé en fonction des cinq objectifs clés du SIS, décrits dans le chapitre 1 de ce manuel. Un résumé de chaque indicateur, accompagné de la formule, des unités d'expression et de la norme correspondants (le cas échéant), est fourni à la section « Normes et indicateurs » de ce manuel.

Il est indispensable que le personnel sache comment sont calculés ces indicateurs et comprenne leur mode d'utilisation dans l'évaluation des performances du programme et dans le processus de prise de décisions sur la santé publique. Le CD-ROM livré avec ce manuel propose un exercice de groupe qui indique, à l'aide d'exemples de données, comment calculer et interpréter les indicateurs.



> Résumé des indicateurs

Mortalité

Objectif	Indicateur	Source
2. Surveiller les tendances en matière d'état de santé et tenir compte, en permanence, des priorités en matière de soins de santé	Taux de mortalité brut*	UNHCR
	Taux de mortalité des moins de 5 ans*	UNHCR
	Taux de mortalité infantile*	UNHCR
	Taux de mortalité néonatale	UNHCR
	Taux de mortalité liée à la maternité**	UNHCR

* Répartition par sexe

** En raison de l'instabilité de cet indicateur, le taux de mortalité liée à la maternité est révisé sur une base annuelle uniquement. Cependant, une documentation et un examen systématiques de tous les décès liés à la maternité doivent être entrepris régulièrement.

> Guide illustré du registre de mortalité

A

ENREGISTREMENT DU DÉCÈS								
No. d'ordre	No. carte rationnaire	Nom	Age [†]	Sexe (M / F)	Statut (Réf / Nat)	Adresse	Date du décès	Lieu Domicile / Hôpital / Autre préciser

A

ENREGISTREMENT DU DÉCÈS :**N° de série :**

> Indiquer le numéro de séquence dans le registre.

N° carte rationnaire :

> Entrer le numéro de rationnement attribué au défunt.

Nom :

> Indiquer le nom du défunt.

Âge :

> Entrer l'âge (en années) des enfants de moins de cinq ans. L'âge en années et en mois doit être précis.

Sexe :

> Spécifier Masculin (M) / Féminin (F).

Statut :

> Classer comme Réfugié (Réf.) / Ressortissant (Ress.).

Adresse :

> Entrer l'adresse du camp (Réfugié) / Village le plus proche (Ressortissant).

Date du décès :

> Entrer la date (jj/mm/aa).

Lieu :

> Entrer Domicile / Hôpital / Autre (préciser).

REMARQUES

Pour les enfants de moins de cinq ans, l'âge doit être indiqué précisément en mois et en années.

Tous les décès doivent être consignés dans les statistiques hebdomadaires du camp d'origine de la personne décédée.

B

CLASSIFICATION DU DÉCÈS :**Cause directe :**

> De manière générale, indiquer une seule cause de décès directe.

Cause(s) associée(s) :

> La cause directe du décès peut être « due à ou résultante de » une succession de conditions associées (une ou deux en général).

Cause principale :

> Sélectionner une seule cause de décès dans la colonne « Cause directe » ou « Cause(s) associée(s) » comme cause principale (voir remarques ci-dessous).

REMARQUES

Il est conseillé de considérer le diagnostic de **VIH/SIDA** ou de **malnutrition**, en tant que cause directe de décès, comme prioritaire sur toute autre co-morbidité. Les autres pathologies associées doivent être classées parmi les causes sous-jacentes de décès.Dans les cas où un décès est associé à la fois au VIH/SIDA et à la malnutrition, considérer le **VIH/SIDA** comme cause directe du décès.

CLASSIFICATION DE DÉCÈS			SUIVI DU CAS			
Cause directe du décès *	Cause(s) associée(s) à la cause directe du décès **	Cause principale du décès ***	Investigation du cas requise? (O / N)	Alerte de flambée épidémique émise? (O / N)	Notification de décès émise? (O / N)	Si oui, entrer le numéro de référence

C SUIVI DU CAS :

Examen requis du cas ? :

> Entrer Oui (O) / Non (N).

Alerte épidémique émise ? :

> Entrer Oui (O) / Non (N).

Notification de décès émise ? :

> Entrer Oui (O) / Non (N).

Si Oui (O), entrer le numéro de référence de l'avis de décès dans la dernière colonne.

REMARQUES

1. Examen de cas

Selon les politiques de chaque agence de santé, certaines causes directes de décès doivent donner lieu à une investigation détaillée destinée à identifier la cause et les circonstances exactes qui entourent le décès. Des directives décrivant le moment où mener un examen de cas, la composition de l'équipe, les méthodes d'enquête et la procédure à suivre pour créer un rapport final doivent être clairement indiquées par chaque agence.

2. Alerte épidémique

Selon la cause du décès à étudier, l'examen peut également être lié à des efforts d'alerte et de réponse épidémiques plus larges (voir Module 3 Chapitre 2 : Alerte épidémique et réponse). La nécessité d'effectuer un examen de cas ou de déclencher une alerte épidémie doit être notée dans le registre de mortalité.

3. Notification du décès

Pour chaque décès survenu dans le camp, l'agence de santé doit délivrer un avis de décès. Cette opération fait office d'enregistrement légal du décès et permet une triangulation des données entre les différentes sources de données sur la mortalité, au sein de l'hôpital et de la communauté. Aucune inhumation ne doit avoir lieu en l'absence de certificat de décès rédigé par l'hôpital/dispensaire principal du camp.

> Guide illustré du rapport sur la mortalité

A

Système d'Information Sanitaire

Fiche de rapport

2.0 Mortalité

Organisation: _____

Emplacement: _____

Période couverte: _____

B

2.1 Mortalité par âge

	Réfugié			National	
	< 1	≥ 1 à < 5	≥ 5	< 5	≥ 5
Homme					
Femme					

2.2 Mortalité par cause

	Réfugié				National	
	< 5		≥ 5		< 5	≥ 5
	Homme	Femme	Homme	Femme		
1. Paludisme (confirmé)						
2. Infect. resp. inférieure						
3. Diarrhée aqueuse						
4. Diarrhée sanglante						
5. Tuberculose						
6. Rougeole						
7. Méningite						
8. Associé au VIH						
9. Mortalité maternelle						
10. Mortalité néonatale						
11. Malnutrition aiguë						
12.						
13.						
14.						
15.						
16.						
17.						
18. Inconnue						
19. Autre						

2.3 Enquête de mortalité maternelle

Nombre de décès maternels notifiés	
Nombre de décès maternels investigués	

A EN-TÊTE :

Organisation :

Indiquer le nom du prestataire de santé.

Lieu :

Indiquer le nom du camp ou de l'unité qui a établi le rapport.

Période du rapport :

Entrer le nombre de semaines et de mois (ex. : semaine 1 mars).

REMARQUES

Les dates des semaines de rapport sont indiquées dans le Calendrier d'établissement de rapports. Il est important que tout le personnel soit au fait de ces dates et que des copies du calendrier soient distribuées à tous les services de chaque établissement de santé.

Le responsable médical est chargé de gérer l'envoi en temps et en heure de toutes les sections du rapport hebdomadaire complété.

B MORTALITÉ :

Compléter le Tableau 2.1 et le Tableau 2.2 en indiquant le nombre de décès liés à une catégorie d'âge ou à une cause spécifiques à partir du registre de mortalité.

Remplir le Tableau 2.3 en indiquant le nombre de décès liés à la maternité, ainsi que le nombre de décès qui ont fait l'objet d'un examen.

REMARQUES

Pour chaque décès, un certificat de décès doit être établi.

Les données incluses dans le registre de mortalité doivent être vérifiées à l'aide d'autres sources de données de mortalité (tels que les lieux d'inhumation) pour garantir la création d'un rapport cohérent et complet.

Les cellules 12 à 17 sont des « cellules libres » qui permettent d'ajouter des causes de décès à surveiller à la liste de causes de décès. Ces chiffres doivent être déterminés en accord avec les autres organismes de santé afin de garantir la cohérence des informations et de pouvoir les comparer pour chaque action entreprise au niveau national.

