

## SYSTÈME D'INFORMATION SANITAIRE ET ENREGISTREMENT DES DÉCÈS : CAS DES DÉCÈS SURVENUS DANS LA VILLE D'ABIDJAN EN 2016

### Auteurs

OUATTARA N. D,  
ATTIA KONAN A. R,  
OGA A. S,  
KOUADIO L.

### Services

Département de Santé  
Publique, Hydrologie  
et Toxicologie - UFR  
Sciences Pharmaceutiques  
Biologiques, Université  
Felix Houphouët Boigny

### Correspondance

Dr Ouattara N. Djeneba,  
02 BP 65 Abidjan 02,  
ouattaragnoh@yahoo.fr

### RESUME

Les données de mortalité issues du système de santé et les données administratives de 2016 pour la ville d'Abidjan ont été collectées avec pour objectif de les décrire. Les données ont été analysées à l'aide du logiciel Excel.

Selon le Système National d'Information Sanitaire, on compte 6 303 décès dans la ville d'Abidjan en 2016. Les collectivités, quant à elles notifient 17842 décès. Les causes de décès ont été classées en fonction de 13 items : paludisme, diarrhée, anémie, choléra, fièvre typhoïde, méningite, IRA, coma, VIH/Sida, AVC, mort-nés, décès au bloc opératoire, décès maternel. Les autres causes étant regroupées dans « Autres types de Décès ». Les structures de santé ont notifié que les enfants mort-nés représentent 55,6% des décès suivis des autres causes de décès (15,2%). La mortalité maternelle était de 3,8%

On note une sous-notification des décès dans le Système National d'Information Sanitaire. Ainsi, la collecte des données sanitaires en fonction de la classification des causes de décès de la CIM10 et une intégration des sources communautaires permettraient de mieux classer les décès et faire des comparaisons.

**Mots-clés :** Mortalité, Système d'information sanitaire, Causes de décès, Abidjan

### SUMMARY

*Mortality data from the health system and administrative data in 2016 for the city of Abidjan were collected with the aim of describing them. The data was analyzed using Excel software.*

*According to the National Health Information System, there were 6,303 deaths in the city of Abidjan in 2016. The communities, meanwhile, reported 17,842 deaths. The causes of death were classified according to 13 variables: malaria, diarrhea, anemia, cholera, typhoid fever, meningitis, ARI, COMA, HIV / AIDS, stroke, stillbirth, death in the operating room, maternal death. The other causes are grouped under "Other types of Death". Health facilities have notified that*

*stillborn children represent 55.6% of deaths followed by other causes of death (15.2%). Maternal mortality is 3.8%*

*There is an under-notification of deaths in the National Health Information System. Thus, the collection of health information according to the classification of causes of death of the ICD10 and an integration of community sources would make it possible to better classify deaths and make comparisons.*

**Keywords:** *Mortality, Health information system, Causes of death, Abidjan*

## **INTRODUCTION**

« À l'échelle nationale et internationale, la mise à disposition d'information sanitaire fiable, en temps opportun, est un pilier essentiel de l'intervention en santé publique et du renforcement des systèmes de santé. » [OMS, 2012]. Dans plusieurs pays à revenu faible et intermédiaire, il y a eu une réforme des systèmes d'information afin de collecter des données pertinentes, de les analyser et partager l'information aux décideurs afin d'une prise de décision stratégique en vue de l'élaboration de politiques. Cette stratégie aidera les décideurs à réaliser une meilleure allocation des ressources rares. Ainsi, la qualité des données recueillies est fondamentale pour la performance du système sanitaire.

Plusieurs données sont collectées par le système d'information sanitaire dont les données de mortalité. Les données sur les causes médicales de décès permettent de rendre compte de l'ampleur de certains problèmes de santé publique au niveau national et internationale : fréquence des maladies et traumatismes, évolution dans le temps, disparités spatiales et sociodémographiques. Ces informations épidémiologiques inspirent des actions de prévention pertinentes, susceptibles d'être mises en œuvre, et permettent des comparaisons internationales.

Pour la réalisation des statistiques des causes médicales de décès, la règle d'or pour l'OMS est que chaque décès doit être certifié par un médecin et codé par du personnel entraîné à l'utilisation des règles et principes de la Classification statistique Internationale des Maladies et des problèmes de santé connexes [OMS, 2004]. Aux Etats-Unis d'Amérique, par exemple, un système de surveillance continue des décès dus à des accidents de la circulation, le « Fatality Analysis Reporting System » (FARS), a été mis en place pour regrouper les rapports de police sur les accidents et les statistiques d'état civil [Hetzl, 1997]. En France, les données de mortalité sont recueillies par Le CépiDc (Centre d'épidémiologie sur les causes de décès) qui produit régulièrement, dans un contexte de diffusion scientifique de ses données, des analyses d'épidémiologie descriptive portant sur des pathologies spécifiques (fréquence, caractéristiques sociodémographiques, évolution dans le temps, disparités spatiales et sociales) [Aouba, 2011].

Beaucoup de pays d'Afrique et d'Asie ne disposent pas de données suffisantes sur les causes de décès qui soient représentatives de leur situation. Dans certains pays, de telles données sont uniquement disponibles pour les décès survenus à l'hôpital, tandis que dans d'autres seuls des sites de surveillance démographique locaux collectent ce type de données pour une population spécifique. D'autres pays encore sont tributaires des enquêtes dans les ménages pour obtenir des informations sur certaines causes

spécifiques de décès. Dans certains pays, les recensements de la population peuvent intégrer un module spécifique pour recueillir des données sur des causes spécifiques comme celles de la mortalité maternelle [OMS, 2012] .

En Côte d'Ivoire, les données sur les décès sont recueillies par la Direction de l'Informatique et de l'Information Sanitaire (DIIS), à travers Le Système National d'Information Sanitaire (SNIS) et l'Institut National de la Statistique (INS). La DIIS rattachée directement au Cabinet du Ministère de la Santé et de l'Hygiène Publique est chargée de la collecte, du traitement, de la diffusion et de l'élaboration du Rapport Annuel sur la Situation Sanitaire national (RASS). Les données de mortalité obtenues du SNIS proviennent des registres des hôpitaux, où figure une copie du certificat de décès dont le modèle est fourni par le Ministère de la Santé et de l'Hygiène Publique. Ces données sont acheminées vers les districts sanitaires à travers le District Health Information Software version 2 (DHIS2) qui est une application informatique permettant de gérer l'information issue des événements de santé dans le district sanitaire. Cet outil permet de collecter et de mettre à disposition les données sanitaires en temps réel pour une prise de décision rapide. Les causes de décès identifiées par la DIIS sont: paludisme, diarrhée, anémie, choléra, fièvre typhoïde, méningite, IRA, coma, VIH/Sida, AVC, mort-nés, décès au bloc opératoire, décès maternel et « autres types de décès ». Les Centres Hospitaliers Universitaires, qui ne rapportent pas aux districts sanitaires, remplissent des matrices avec les mêmes items et les transmettent également à la DIIS. Les sources potentielles à Abidjan, en 2016, étaient : 158 établissements sanitaires publics dont 133 ESPC, 21 HG, 3 CHU et l'Institut de Cardiologie d'Abidjan [MSHP, 2016]. Quant à l'Institut National de Statistiques (INS), elle est l'organe d'animation du Système Statistique National (SSN). Placée sous la tutelle du Ministère du Plan et du Développement, l'INS a pour mission, entre autres, de produire, analyser et diffuser des données pouvant être exploitées à des fins statistiques et qui sont détenues par une administration, un organisme public ou parapublic ou un organisme privé chargé d'une mission de service public statistique pour répondre à des besoins d'analyse en vue de la prise de décision.

A côté du système sanitaire, il existe un système administratif de recueil des données de mortalité auprès des municipalités. Les Maires et leurs délégués sont les personnes chargées de remplir les fonctions d'Officiers d'état civil. Leur rôle est d'enregistrer tous les faits d'état civil qui surviennent, tenir et conserver les registres de l'état civil et en délivrer les attestations ou extraits ayant une valeur authentique, à l'intérieur de la commune. En Côte d'Ivoire, l'officier d'Etat civil, auprès de qui la mort est déclarée, est chargé d'établir un acte de décès, avant toutes opérations funéraires.

Les politiques sanitaires sont élaborées à partir des données de mortalité provenant uniquement du système sanitaire. Il nous est apparu opportun de comparer ces données provenant des systèmes sanitaire et administratif.

Ce travail a été entrepris pour décrire la mortalité à partir des données sanitaires et administratives collectées en 2016 pour le district autonome d'Abidjan, afin de contribuer à améliorer le système d'information sanitaire de mortalité.

## **METHODES**

### **Type d'étude**

Notre enquête a porté sur les décès survenus dans le district autonome d'Abidjan durant l'année 2016. Il s'agit d'une enquête rétrospective à visée descriptive

### **Période de l'étude**

L'enquête s'est déroulée sur une période de 4 mois : de février à mai 2017.

### **Cadre de l'étude**

Le versant administratif du système de santé ivoirien est de type pyramidal à trois niveaux. Il comprend : (i) le niveau central composé du Cabinet du Ministre, des directions et services centraux, (ii) le niveau intermédiaire composé de 20 Directions Régionales et (iii) le niveau périphérique composé de 82 Directions Départementales de la Santé ou Districts sanitaires. Le district sanitaire est l'unité opérationnelle du système de santé. Il regroupe l'ensemble des structures sanitaires publiques et privées sur son aire de desserte qui offrent aux populations des soins essentiels.

Les données sanitaires de mortalité sont issues du SNIS qui les collecte auprès de neuf (9) districts sanitaires (Abobo-Est, Abobo-Ouest, Anyama, Cocody-Bingerville, Koumassi-Port-Bouët-Vridi, Marcory-Treichville, Adjamé-Plateau-Attécoubé, Yopougon-Est, Yopougon-Ouest, Songon) et des Centres Hospitaliers et Universitaires dans le district autonome d'Abidjan.

Les données administratives de mortalité sont issues des 13 mairies du district autonome d'Abidjan: Abobo, Adjamé, Anyama, Attécoubé, Cocody, Bingerville, Koumassi, Marcory, Plateau, Port- Bouët, Songon, Treichville, Yopougon).

### **Population et échantillon**

La population d'étude est constituée de toutes les personnes décédées, toutes causes confondues, enregistrées dans le district autonome d'Abidjan en 2016. L'échantillonnage fut exhaustif.

### **Collecte des données**

Pour collecter les données, nous avons eu recours à la base de données du SNIS, de l'INS et des registres d'enregistrement de décès des 13 mairies du district autonome d'Abidjan.

## **RESULTATS**

### **1 Présentation des données du SNIS**

Selon le SNIS, 6 303 décès ont été dénombrés dans la ville d'Abidjan en 2016.

**Tableau I :** Répartition des décès notifiés à Abidjan en 2016 en fonction du niveau dans la pyramide sanitaire

Type de structure	Nombre de structures existantes	Structures notifiant n (%)	Décès notifiés n (%)
Niveau 1 (ESPC)	133	89 (66)	1611(26)
Niveau 2 (HG)	21	15 (71)	2988 (47)
Niveau 3 (CHU/ICA)	4	4 (100)	1704 (27)
<b>Total</b>	<b>158</b>	<b>108 (68)</b>	<b>6303 (100)</b>

La répartition des décès notifiés par type de structure montre que 108 établissements sanitaires d'Abidjan sur 158 ont communiqué leurs données de mortalité. Sur 133 établissements sanitaires du Niveau 1, seulement 89 ont notifiés les décès soit 66% pour 1611 décès (26%) ; au Niveau 2, 15 sur 21 (71%) avec 2988 décès (47%) et au Niveau 3, 4 sur 4 soit 100% pour 1704 décès (27%).

**Tableau II :** Répartition des décès par district sanitaire

District sanitaire	Niveau 1		Niveau 2		Niveau 3		Total	
	n	%	n	%	n	%	n	%
Abobo Est	727	48	775	52	0	0	<b>1502</b>	<b>24</b>
Abobo Ouest	134	45	163	55	0	0	<b>297</b>	<b>5</b>
Anyama	11	4	290	96	0	0	<b>301</b>	<b>5</b>
Cocody-Bingerville	178	19	177	19	590	62	<b>945</b>	<b>15</b>
Koumassi-Port-Bouët-Vridi	195	16	988	84	0	0	<b>1183</b>	<b>19</b>
Marcory-Treichville	50	6	92	12	645	82	<b>787</b>	<b>12</b>
Adjame-Plateau-Attécoube	0	0	1	100	0	0	<b>1</b>	<b>0</b>
Yopougon Est	119	100	0	0	0	0	<b>119</b>	<b>2</b>
Yopougon Ouest	197	17	502	43	469	40	<b>1168</b>	<b>19</b>
Total	1611	26	2988	47	1704	27	6303	100

La répartition des décès par district sanitaire nous montre que les taux les plus élevés de décès enregistrés se situent dans les districts sanitaires d'Abobo-Est 1502 cas (24%) ; de Koumassi-Port-Bouët-Vridi avec 1183 décès (19%) et Yopougon- Ouest-Songon, 1168 décès (19%). Les districts sanitaires de Cocody-Bingerville et Marcory-Treichville suivent avec respectivement 945 cas (15%) et 787 cas (12%). Les districts d'Anyama et Abobo-ouest notifient un taux de 5% avec respectivement 301 et 297 décès. Le plus faible taux est présenté par Yopougon- Est, 119 cas (2%). Quant au district d'Adjamé-Plateau-Attécoubé, il notifie un seul cas de décès, soit 0%).

**Tableau III : Répartition des décès selon les causes et par niveau**

Causes de décès	Niveau 1		Niveau 2		Niveau 3		Total	
	n	%	n	%	n	%	n	%
Paludisme	78	5	232	8	10	1	320	5
Diarrhée	4	0	10	0	0	0	14	0
Anémie	119	7	395	13	0	0	514	8
Choléra	0	0	0	0	0	0	0	0
Fièvre typhoïde	6	0	6	0	0	0	12	0
Méningite	9	1	9	0	0	0	18	0
IRA	58	4	271	9	0	0	329	5
Coma	33	2	52	2	0	0	85	1
VIH/Sida	53	3	176	6	0	0	229	4
AVC	36	2	49	2	0	0	85	1
Morts-nés	899	56	1302	44	1321	78	3522	56
Décès au bloc opératoire	0	0	1	0	0	0	1	0
Décès maternel	4	0	88	3	143	8	235	4
Autres types de décès	312	19	397	13	230	14	939	15
<b>Total</b>	<b>1611</b>	<b>26</b>	<b>2988</b>	<b>47</b>	<b>1704</b>	<b>27</b>	<b>6303</b>	<b>100</b>

Pour les causes de décès, on relève que les plus forts taux de décès ont été observés au niveau des enfants mort-nés (56% pour 3522 cas) et « Autres types de décès » (15% pour 939 cas). Les décès dus aux maladies infectieuses que sont les IRA, le paludisme, le VIH/SIDA, la méningite, la diarrhée, la fièvre typhoïde et le choléra totalisent 922 cas, soit 15%. Parmi ces maladies, l'IRA (329 cas), le paludisme (320 cas) et le VIH/SIDA (229 cas) occupent des places prépondérantes avec respectivement des taux de 5% et 4%. L'anémie est la 4<sup>ème</sup> cause de décès, selon le tableau 3, avec un total de 514 décès (8%). Les décès maternels totalisent 235 cas (4%) avec un nombre plus élevé (143 décès, soit 61%) au Niveau 3. En ce qui concerne les maladies cardiovasculaires, nous avons l'AVC qui est à la base de 85 décès soit 1%. Par ailleurs, il y a un seul cas de décès au bloc opératoire notifié au Niveau 2.

## 2. Présentation des données des mairies du district autonome d'Abidjan

Les données de mortalité administratives sont recueillies auprès des 13 communes du District Autonome d'Abidjan. Selon ces données, en 2016, la ville d'Abidjan a compté 17842 décès pour une population estimée à 4 691 562 habitants.

**Tableau IV** : Répartition des décès selon les données des communes d'Abidjan en 2016

Communes	Population	Décès notifiés	Taux brut de mortalité (nombre de décès pour 1000 habitants)
Abobo	1 030 658	2545	2,5
Adjamé	372 978	780	2,1
Anyama	148 962	696	4,7
Attécoubé	260 911	533	2
Bingerville	91 319	338	3,7
Cocody	447 055	3237	7,2
Koumassi	433 139	378	0,9
Marcory	249 858	416	1,7
Plateau	7 488	232	31
Port- Bouët	419 033	1429	34
Songon	56 038	53	0,9
Treichville	102 580	3574	34,8
Yopougon	1 071 543	3631	3,4
Total	4 691 562	17842	3,8

Les taux bruts de mortalité les plus élevés sont observés à Treichville et à Port-Bouet qui affichent respectivement 34,8 (3574 décès pour 102 580 habitants) et 34 (1429 décès pour 419 033 habitants). Elles sont suivies de la commune du Plateau avec un taux de 31 (232 décès pour 7488 habitants). Quant aux très faibles taux, on les relève à Songon 0,9 (53 décès pour 56 038 habitants), Koumassi 0,9 (378 décès pour 433 139 habitants) et Marcory 1,7 (416 pour 249 858 habitants).

## DISCUSSION

### 1- LES DONNEES DE MORTALITE DU SNIS

#### *Limites dans la collecte des données*

Selon le SNIS, on a compté dans la ville d'Abidjan 6303 décès en 2016. Or, les données administratives issues des communes indiquent 17842 décès pour la même période. Ainsi, le SNIS n'a collecté que 35,3% de ces données. Les informations dont dispose cet organe ne prennent pas en compte les accidents de la voie publique et tous les autres décès non hospitaliers. Par exemple, l'OSER a enregistré 991 tués dans les accidents de la route, en 2016 [OSER, 2016] . De plus, l'information sanitaire ne prend pas en compte les données sanitaires du secteur privé ainsi que celles de l'État Civil. Il ressort que 64,7% des décès échappent au SNIS. Alors que tous ces décès quel que soit les lieux de leur survenue auraient dû être signalés. Cela montre une faiblesse dans l'estimation et l'analyse du nombre de décès par le SNIS qui est, pourtant, l'organe chargé de notifier

les décès. Cette insuffisance est aussi soulignée par le Plan National de Développement sanitaire [PNDS, 2016].

### ***Les décès en fonction du niveau dans la pyramide***

Les niveaux 2 et 3 qui renferment les hôpitaux de référence présentent les plus forts taux de mortalité (47% et 27%). Cela pourrait s'expliquer par le plateau technique élevé qu'offrent ces hôpitaux dans la prise en charge des pathologies particulières, des cas graves et des échecs thérapeutiques évacués des autres structures sanitaires de base. Cette situation a aussi été constatée par Tranier qui note que la majorité des décès à l'hôpital se concentrent dans les hôpitaux de référence, plus précisément dans les services que seuls ces types d'établissement offrent [TRANIER, 2013].

### ***Les décès en fonction du district sanitaire***

L'analyse du Tableau 2 montre que le district sanitaire d'Adjamé-Plateau-Attécoubé avec 16.96% des ESPC et 42.85% des HG n'a notifié qu'un seul décès (0%). De même, Anyama, qui compte 25% des ESPC et 25% des HG de la région sanitaire d'Abidjan 2 n'a signalé que 5% des décès. En outre, le district Marcory-Treichville n'a notifié que 12% des décès alors qu'il héberge 25% des HG et 50% des CHU/ICA d'Abidjan 2. En revanche, le district Abobo-Est avec seulement 10.52% des ESPC (8) et 12.5% des HG (1) et 0 CHU a notifié le plus grand nombre de décès (1502 soit 24%). En comparant ces différents résultats, on pourrait déduire qu'il y a soit une insuffisance d'établissements sanitaires à Abobo-Est ; soit une sous notification des décès dans certains districts.

### ***Les causes de décès***

D'après la Classification internationale des maladies (CIM), la cause initiale de décès est définie comme « la maladie ou le traumatisme qui a déclenché l'évolution morbide conduisant directement au décès ou les circonstances de l'accident ou de la violence qui ont entraîné le traumatisme mortel » Ainsi, la CIM10 classe les causes initiales de décès dans de grands groupes comme les maladies cardiovasculaires, les tumeurs et cancers, les morts par accidents, noyade, suicide, les maladies mentales, etc... Or, on note une absence de classification des causes de décès selon la CIM10, par le SNIS. En effet, les items « décès maternels », « mort-nés », « coma », bloc opératoire » et « autres types » ne permettent pas de faire une analyse exhaustive des causes de décès. Cette insuffisance est aussi soulignée par Duke et al dans leur étude sur la mortalité infantile à Goroka (Papouasie Nouvelle- Guinée). Ils notent que dans les données officielles nationales pour 1990–1994, les seuls motifs d'admission et causes de mortalité consignées pour les nouveau-nés étaient des « problèmes périnataux » et « autres états » non spécifiés [DUKE, 2002]. En outre, le peu de notification des décès au bloc opératoire, 1 seul cas, relève que la mort en ce lieu souffre d'un problème d'informations sur les causes de décès. Elle pourrait être également le fait d'une mauvaise connaissance de la définition de cet indicateur car selon Takongmo et al, dans une étude menée en milieu chirurgical, 58,6% des décès étaient survenus entre 18 h (le soir) et 8 h (le matin), ce qui permettait d'évoquer une insuffisance dans la continuité des soins [TAKONGMO, 1993]. Il ressort que la mort au bloc opératoire peut avoir une cause ante- ou post-opératoire. L'on pourrait se demander si c'est une sous notification ou un problème de décès au bloc opératoire. Pour Lalande et al, la mortalité provoquée ou facilitée par les actes médicaux et les

soins hospitaliers n'est pas connue avec précision et ne fait pas l'objet d'une information transparente [LALANDE, 2009].

Par ailleurs, selon le SNIS, il n'y a aucun décès dû au choléra en 2016. Pourtant, un rapport du Régional Cholera Plateforme in Africa montre qu'entre 2004 et 2016, la surveillance épidémiologique a notifié 2 815 cas avec 96 décès, soit un taux de létalité élevé de 3,41 %. Des épidémies majeures ont été enregistrées dans la région côtière de Lagunes, avec près de 70 % du total des cas [RCPA, 2018]. L'on pourrait conclure qu'en 12 années, les campagnes de sensibilisation sur l'hygiène et l'amélioration des conditions sanitaires dans les quartiers précaires ont été bénéfiques.

En outre, les structures sanitaires du Niveau 3 ne signalent que les mort-nés, les « autres types de décès », les décès maternels et les décès dus au paludisme. Cela dénote que ces causes de décès n'ont pas encore été maîtrisées par les CHU/ICA contrairement aux autres causes identifiées par le SNIS. Les taux de 77,5% pour les mort-nés et 8,4 pour les décès maternels posent la problématique de l'accès à des services de santé maternelle de qualité. En effet, certains facteurs pourraient empêcher les femmes de recevoir ou de solliciter des soins durant la grossesse, pendant ou après l'accouchement. Cela a été souligné par le PNDS [PNDS, 2016] qui estime que 34 % des nouveau-nés ont bénéficié de soins dispensés par un agent de santé deux jours après la naissance. Ce rapport note aussi que dans la plupart des cas, les femmes en suite de couches ne restent pas dans les structures de santé pendant les deux jours réglementaires mais en sortent deux heures après l'accouchement lorsqu'elles ne présentaient aucune complication. Cette insuffisance dans la prise en charge post-natale s'avère néfaste car selon le Rapport sur la surveillance des décès maternels en Côte d'Ivoire, la moitié des décès survient en période de postpartum immédiat.

## **2- LES DONNEES DE MORTALITES DES COLLECTIVITES**

Les données des comprennent tous les décès survenus dans la ville d'Abidjan, quel que soit leurs sources. En 2016, les communes ont notifié 17842 décès soit 2,8 fois plus que les données du SNIS (6303 décès). La raison est que pour tout enterrement, il est exigé un permis d'inhumer délivrer uniquement par un officier d'état civil. On conclurait aisément que les collectivités communiquent des données plus exhaustives que le SNIS. Malheureusement, l'analyse du tableau IV montre que certains décès pourraient échapper à l'état civil. En effet, les taux relativement bas de décès enregistrés par les communes d'Abobo et Yopougon (2,5 et 3,4), alors qu'elles ont les plus fortes populations, pourraient faire penser aux décès non déclarés et aux enterrements clandestins.

En outre, selon l'article 68 de l'état civil « *Le dispositif du jugement déclaratif de décès est transcrit sur les registres de l'état civil du lieu réel ou présumé du décès et, le cas échéant, sur ceux du lieu du dernier domicile du défunt* » [RCI, 1983]. Autrement dit, le décès est enregistré dans la commune où il survient. Ainsi, on peut être résident permanent dans une commune mais décédé dans une autre. Or, le manque de communication entre les communes dans la gestion des données de décès influencerait la production des statistiques sur les résidents vivants ou décédés de la commune. Cette situation met en lumière l'absence d'un organe chargé de centraliser toutes les données de mortalité provenant de toutes les communes d'Abidjan.

Par ailleurs, l'analyse du Tableau 3 montre que les communes de Treichville, de Port-Bouët et du Plateau qui ont des populations relativement peu nombreuses (102 580, 419 033 et 7 488 habitants) enregistrent les plus forts taux de mortalité (34,8%, 34% et 31%). Cela pourrait s'expliquer par la présence des hôpitaux ou des cliniques privées de référence. C'est aussi le constat fait par le rapport 2006 de l'INS qui soutient que près de la moitié des décès enregistrés dans les communes, où on compte des hôpitaux de référence, sont des non-résidents [INS, 2014].

Enfin, les données des collectivités n'incluent pas la variable lieu de survenance du décès dans la commune. En effet, les décès peuvent survenir dans un centre de santé, à domicile ou tout autre lieu de la commune. L'absence de cette variable est un frein à une analyse poussée du niveau de fréquentation des centres de santé par les populations afin de mieux orienter la politique sanitaire.

## CONCLUSION

Les données de mortalité sont une source d'informations essentielles en matière de santé publique. Malheureusement, en Côte d'Ivoire, elles souffrent de nombreuses limites : incomplétude dans l'estimation du nombre de personnes décédées, limites dans la notification des causes de décès, limites dans les caractérisations sociodémographiques des défunts, absence d'un système capable de centraliser toutes les informations provenant de toutes les sources de données. Pour remédier à ces insuffisances, il s'avère nécessaire de mettre en place un centre unique de captation et d'analyse de toutes les données provenant des sources aussi bien hospitalières qu'administratives, à l'exemple du CEPIDC en France. Cette exigence requiert l'instauration d'un cadre formel de collaboration entre les différents acteurs intervenant dans la gestion de ces données, l'implication des leaders religieux et communautaires (cela permettrait de capter les décès qui échappent au système) et l'obligation d'utiliser la CIM10 dans la codification et la certification des causes de décès.

## REFERENCES

- Agence Japonaise de Coopération Internationale (JICA), KRI International Corp., TAC International Inc. Enquête sur la collecte des données dans le secteur de la santé. Abidjan ; 2012
- Aouba A, Eb M, Rey G, Pavillon G, Jouglu E. Données sur la mortalité en France : principales causes de décès en 2008 et évolutions depuis 2000. BEH. 2011 ; 22
- Bayala L, Ouedraogo F G. Collecte des données de l'état civil : une nouvelle expérience au Burkina Faso. Sixième Conférence Internationale sur la Population : Population Africaine : Passé, Présent et Futur. Ouagadougou ; 2011 (**Tome 1**)
- Duke T, Michael A, Mgone J, Frank D., Wal T., Sehuko R. Etiologie de la mortalité infantile à Goroka (Papouasie-Nouvelle-Guinée) : étude prospective sur deux ans. OMS (Recueil d'articles). 2002 ; N°7
- Etat civil de Côte d'Ivoire : Loi n° 64-374 du 7 octobre 1964, relative à l'Etat civil, modifiée par la loi n° 83-799 du 2 août 1983
- Haut Conseil de la Santé Publique. Les systèmes d'information pour la santé publique. Paris ; 2009
- Hetzel A M. History and organisation of vital statistics system. National Center for Health Statistics (CDC); 1997
- Institut National de la Statistique. Enquête par grappes à indicateurs multiples - Côte d'Ivoire 2016. Abidjan ; 2017
- Institut National de la Statistique. Etat civil Abidjan 2006. Abidjan; 2014
- Lalande F, Veber O. La mort à l'hôpital. Paris : Inspection générale des affaires sociales ; 2009. Tome 1,

Ministère de la Santé et de l'Hygiène Publique. Document de Politique Nationale de Santé. Abidjan ; 2011.

Ministère de la Santé et de l'Hygiène Publique. Plan National de Développement Sanitaire 2016-2020. Abidjan 2016

Ministère de la Santé et de l'Hygiène Publique. Rapport annuel sur la situation sanitaire 2016. Abidjan ; 2017

Nations Unies. Amélioration des statistiques de fécondité et de mortalité en Afrique francophone. Rapport de la réunion d'experts. Yaoundé (Cameroun) ; 2003

Nations-Unies. Manuel de collectes des données de fécondité et de mortalité. New-York ; 2006 ; Série F(92)

Organisation Mondiale de la Santé. Cadre et normes applicables aux systèmes nationaux d'information sanitaire. Genève ; 2012

Organisation Mondiale de la Santé. Rapport mondial sur la prévention des traumatismes dus aux accidents de la circulation. Genève; 2004

OSER. Etat de l'accidentologie en Côte d'Ivoire en 2016. Abidjan

PNUD. Rapport 2016 sur les données en Afrique: cas d'étude de la Côte d'Ivoire Rapport principal. Abidjan ; 2016

Quatrième Conférence des ministres africains chargés de l'enregistrement des faits d'état Civil. L'amélioration des statistiques de mortalité et l'enregistrement des causes de décès et ses liens avec les systèmes d'enregistrement des faits et de statistiques d'état civil en Afrique. Nouakchott : **Réunion de groupe d'experts** ; 2017

Regional Cholera Platforms in Africa. Epidémiologie du choléra en Côte d'Ivoire. 2018

Takongmo S, Angwafo F, Binam F, Afane A, Fonkou A, Gaggini J, Lantum D, Malonga E. Mortalité hospitalière en milieu chirurgical : nécessité de l'audit médical CHU de Yaoundé. Médecine d'Afrique Noire. 1993 ; 40 (12)

TRANIER Claire. Le Deuil en milieu hospitalier 2012 à 2013. Strasbourg

UNICEF. Aperçu de l'enregistrement des faits d'état civil en Afrique sub-saharienne. New -York; 2017.