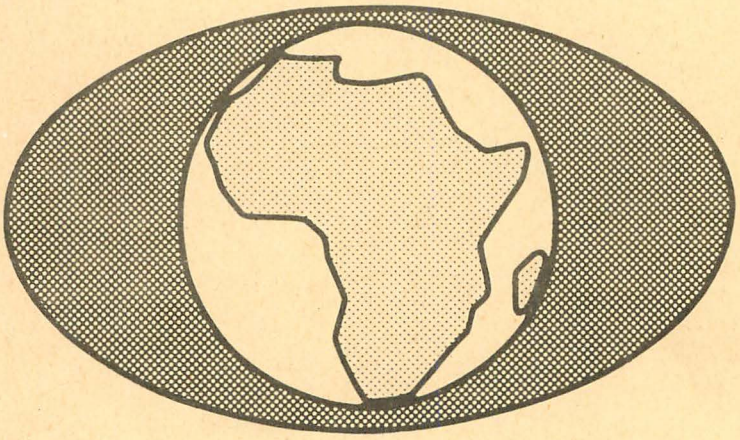
Groupe de Démographie du Développement

ETUDES & DOCUMENTS



n° 12
Octobre 1988

idp_ined _ insee _ mincoop_orstom

Le groupe de Démographie africaine IDP - INED - INSEE - MINCOOP-ORSTOM

est un organisme de liaison non officiel entre les statisticiens, démographes et autres techniciens qui s'intéressent aux questions de population dans les pays d'Afrique.

Il effectue des travaux de synthèse ou méthodologiques à partir des données recueillies ou des techniques mises en oeuvre dans ces pays ; il rend compte des travaux qui y sont réalisés dans le domaine de la démographie et d'une manière générale s'efforce d'informer les personnes intéressées par toute question ayant trait à la démographie africaine.

PUBLICATIONS DU GROUPE

— «Démographie africaine», bulletin de liaison :

  — n° 0 2ème trimestre 1971 à n° 28 septembre-décembre 1978
  (poursuite de cette publication à Yaoundé - IFORD)
  — numéros spéciaux 1 à 13.

— «Études et documents», présente revue et prolongement des numéros spéciaux du bulletin de liaison.

— «Afrique Noire, Madagascar, Comores - Démographie comparée» tomes I et II - INSEE, INED, DGRST, Paris 1967.

— «Les enquêtes démographiques à passages répétés» Application à l'Afrique d'expression française et à Madagascar - Méthodologie - ORSTOM, INSEE, INED, Paris 1971.

— «Sources et analyse des données démographiques» - Application à l'Afrique d'expression française et à Madagascar - INED, INSEE, MINCOOP, ORSTOM, - Paris 1973-1977.

  1ère partie : Sources des données
  2ème partie : Ajustement de données imparfaites
  3ème partie : Analyse des données (tomes I et II).

— «Le traitement informatique des enquêtes statistiques» - Groupe de démographie africaine, INSEE - Paris 1978.

— « Le recensement des nomades mauritaniens » - Yves PACCOU - Paris, 1979.

— « Recensements africains - 1re partie : Monographies méthodologiques » - Paris, novembre 1980 et février 1981.

— « Recensements africains - 2e partie : Synthèse méthodologique » - Paris, octobre 1981.

— « Les structures par sexe et âge en Afrique » - Gilles ROGER, Dominique WALTISPERGER et Christine CORBILLE-GUITTON - Paris, 1981.

— « L'évaluation des effectifs de la population des pays africains », tome I, Paris, janvier 1982.

— « L'évaluation des effectifs de la population des pays africains », tome II, Paris, octobre 1984.

— «Contribution à l'analyse des données démographiques imparfaites des pays africains»
— Rémy CLAIRIN — Paris, octobre 1985.

— «Population size in African Countries : an Evaluation», vol. I, Paris 1986
vol.II, Paris, 1988 (à paraître).

GROUPE DE DEMOGRAPHIE DU DEVELOPPEMENT

IDP - INED - INSEE - MINCOOP - ORSTOM

ETUDES ET DOCUMENTS

N° 12 - OCTOBRE 1988

ISSN : 0292-7616

L'ENREGISTREMENT DES CAUSES DE DECES PAR UN PERSONNEL NON MEDICAL

Rémy CLAIRIN

AVERTISSEMENT

Cette publication clôt définitivement la série Etudes et Documents du Groupe de Démographie du Développement. Le numéro précédent remonte d'ailleurs à novembre 1983. Ceci est dû à la recherche d'une nouvelle formule et d'une nouvelle structure pour l'activité de ce groupe, qui a abouti à la création en janvier 1988 du Centre français sur la Population et le Développement (CEPED).

Les activités des démographes oeuvrant au sein de ce groupe ont toutefois bien sûr continué pendant cette période et ont donné lieu notamment à la publication d'ouvrages (cf. page 2 de couverture). Par ailleurs divers textes attendaient pour être publiés, lorsqu'est intervenu un douloureux événement, le décès subit en octobre 1987 de Rémy CLAIRIN (dont on trouvera une brève biographie page suivante).

Il a donc été décidé de publier, en hommage à Rémy CLAIRIN, ce texte qu'il avait rédigé il y a déjà quelque temps sur "L'enregistrement des causes de décès par un personnel non médical" ; cela permet à la fois de mettre un terme à cette série d'Etudes et Documents, à laquelle il a tant contribué, et d'annoncer que les publications à venir seront faites sous le timbre du CEPED, sur lequel on trouvera toutes les précisions nécessaires en fin de brochure.

Rémy CLAIRIN (1923 - 1987)

Passionné par le Tiers-Monde, Rémy CLAIRIN avait, avant bien d'autres, su montrer ce qu'était une véritable coopération, s'attachant à comprendre les peuples dont il étudiait la démographie, en Afrique, aux Antilles ou dans le Pacifique.

C'est en 1954 qu'il commence sa carrière d'administrateur de l'INSEE, et son parcours sera ponctué de multiples affectations. Citons notamment : la Guinée en 1954, puis le Mali, la Haute-Volta ; un séjour à l'Université de Princeton (où il travaille avec Ansley Coale, William Brass, et d'autres) ; à nouveau l'Afrique avec le Niger, la Mauritanie et le Cameroun occidental, puis une année au Centre Démographique du Caire.

Toutes ces missions étaient entrecoupées de séjours à Paris : Ministère de la Communauté puis de la Coopération, Service Coopération puis Division de la Démographie de l'INSEE, Ministère des Départements et Territoires d'Outre-Mer, Institut de Démographie de Paris. Il avait beaucoup participé aux travaux du Groupe de Démographie Africaine devenu Groupe de Démographie du Développement. Il faisait enfin partie de l'équipe du CEPED (Centre Français sur la Population et le Développement).

Homme d'une grande culture, homme de coeur, et aussi homme à l'humour légendaire, il avait le souci de la formation des jeunes par ses cours, ses manuels, ses publications, ses articles nombreux, en particulier sur la collecte des données et sur les méthodes d'ajustement.

Nous quittant brutalement le 12 octobre 1987, au travail, devant sa machine à écrire, il laisse inachevée une oeuvre que ses collègues et ceux qu'il a formés poursuivront.

TABLE DES MATIERES

-:-:-:-:-:-:-

Pages

INTRODUCTION 3

1. Position du problème 4
2. Les questions qui se posent 4
3. Quelques principes 7
4. Le projet du Docteur BIRAUD 8
5. Quelques expériences anciennes menées en Afrique Noire francophone 11
6. Interprétation des données recueillies 12
7. Quelques résultats relatifs à la HAUTE-VOLTA et au DAHOMEY 15
8. Problème des classifications 19
9. Autres divergences observées 22
10. Propositions récentes de l'Organisation Mondiale de la Santé 25

CONCLUSION 25

ANNEXES *(Table des matières)* 26

TABLEAUX

1. *Classement des causes de décès déclarées (en %) d'après leur valeur indicatives en HAUTE-VOLTA et au DAHOMEY* 16
2. *Répartition proportionnelle des causes de décès déclarées en HAUTE-VOLTA (1960-1961) et au DAHOMEY (1961)* 18
3. *Classification des causes de décès à symptômes fébriles* 19
4. *Classification des causes de décès à symptômes fébriles utilisés dans les publications de HAUTE-VOLTA et du DAHOMEY (pour 100 décès au total)* 20
5. *Les deux classifications des décès dues à des maladies à symptômes fébriles utilisées pour les données du DAHOMEY comparée à celle de la HAUTE-VOLTA* 21
6. *Enquête SINE-SALOUM 1963-65. Taux de mortalité par rougeole* 22
7. *Proportions (%) des décès imputables au tétanos en HAUTE-VOLTA d'après le rapport du Service de Santé (1957-58) et l'enquête démographique (1960-61)* 24

L'ENREGISTREMENT DES CAUSES DE DECES PAR UN PERSONNEL NON MEDICAL

-:-:-:-:-:-:-:-:-:-:-:-

Rémy CLAIRIN

INTRODUCTION

Les personnes qui, contre vents et marées, continuent à s'intéresser aux problèmes liés à la collecte des données démographiques dans les pays du Tiers Monde, n'ont que trop souvent l'occasion de constater une nette régression dans certains domaines.

Parmi les facteurs de cette regrettable situation, il faut mentionner une évidente absence de continuité dans l'effort, ce qui se traduit, notamment, par une ignorance à peu près totale quant à des recherches et expériences déjà anciennes qui ne sont pas dénuées d'intérêt, surtout lorsqu'elles sont de nature à combler une lacune flagrante de la connaissance des phénomènes démographiques et qu'aucune autre méthode n'a été proposée pour les remplacer.

La présente note vise à rappeler et à décrire sommairement quelques efforts tentés pour jeter quelque lumière sur les causes de décès dans les populations africaines.

1. *POSITION DU PROBLEME*

Dans les pays développés, l'enregistrement des causes de décès fait l'objet de dispositions légales très strictes (délivrance d'un certificat par un médecin) dont l'application est rendue possible par l'existence d'une infrastructure sanitaire adéquate.

Une telle procédure est évidemment inapplicable à la plus grande partie des pays du Tiers Monde -- au moins dans les zones rurales -- en raison de la pénurie de personnel qualifié, principal symptôme du sous-développement.

Cette situation est d'autant plus regrettable que c'est là justement qu'une connaissance -- au moins approximative -- des causes de décès présente l'intérêt le plus fondamental, en raison de l'existence de maladies endémiques ou épidémiques dont il est essentiel d'estimer l'impact en vue d'orienter les politiques en matière d'action sanitaire afin d'éviter le gaspillage de moyens, de toute façon très insuffisants, et de poser des priorités. Il est également indispensable d'évaluer l'efficacité des mesures prises en ce domaine. Enfin, ces renseignements sont nécessaires si l'on veut faire des perspectives sérieuses sur l'évolution de la mortalité.

En pratique, il faut bien reconnaître que de telles vérités premières ne semblent pas être perçues de façon aussi éclatante qu'elles le mériteraient. Bien au contraire.

2. *LES QUESTIONS QUI SE POSENT*

Le problème auquel on s'attaque est classique :

"Comment pallier l'absence de personnel hautement qualifié et l'impossibilité d'appliquer les normes rigoureuses des pays développés en utilisant "les moyens du bord" ?

Autrement dit, faut-il renoncer actuellement à avoir des données même approximatives sur ce sujet fondamental et attendre que soient remplies certaines conditions dont la réalisation demandera des délais imprévisibles ?

Ou doit-on essayer d'agir dès maintenant en vue d'obtenir des résultats imparfaits certes, mais dont on peut espérer qu'ils soient utilisables ? (et à cette dernière question, seule l'expérience peut fournir une réponse).

Ou encore, faut-il adapter les méthodes de recherche à ces conditions réelles qui se présentent actuellement dans un certain nombre de pays ? ou doit-on s'efforcer (quelque peu utopiquement) de couler ces pays dans le monde des normes occidentales ?

Remarquons incidemment que l'on traitera ici en priorité de recherche menée au niveau national. Non que l'on mette en doute le grand intérêt d'études localisées ou de monographies, mais celles-ci risquent d'être peu représentatives et de mal se prêter à une généralisation, en raison précisément de l'un de leurs principaux atouts : l'utilisation de personnel qualifié.

Les techniques qui nous intéressent peuvent être appliquées dans deux cadres :

-- celui de la diffusion en zone rurale d'un système d'enregistrement des faits d'état civil,

-- celui d'enquêtes démographiques, dont l'un des objectifs est précisément de pallier l'absence ou l'insuffisance de l'état civil.

Bien entendu, les difficultés sont beaucoup plus grandes dans le second cas, car le personnel d'exécution, qui a dû être généralement formé dans ces délais assez brefs, est, en outre, par définition très mobile et pas toujours facile à contrôler. Au contraire, le personnel chargé de l'état civil est stable et ses activités sont durables, ce qui lui permet d'acquérir de l'expérience, de corriger ses erreurs et de gagner en efficacité.

Donc, il est certain qu'une méthode qui n'a pas trop mal marché dans le cadre d'une enquête démographique donnera des résultats beaucoup plus satisfaisants dans le cadre d'un système d'état civil.

Avant d'aller plus loin, il faut répondre à deux questions préjudicielles qui ne sont pas du domaine de l'imagination ou de l'abstraction.

En effet, ce n'est pas sans une certaine surprise que j'ai constaté, lors d'une réunion récente à laquelle participaient des responsables de l'observation démographique en Afrique, que pour beaucoup, et sans doute la majorité, le problème était résolu définitivement et négativement.

Ce rejet était fondé essentiellement sur deux arguments jugés irréfragables :

a) Il est irréalisable de faire enregistrer par du personnel non-médical des données sur les causes de décès ayant une valeur quelconque ;

b) Même si c'était possible en théorie, cela coûterait trop cher, en pratique, et entraînerait un surcroît écrasant de travail pour le personnel.

On verra que la plus grande partie de la présente note constitue une réfutation motivée de l'argument a).

Revenons donc au second argument, on peut le reformuler comme suit :

"En cherchant à obtenir des renseignements de valeur plus ou moins douteuse, ne risque-t-on pas de porter préjudice à la collecte de données pour lesquelles on peut s'attendre à une précision meilleure ?"

ou plus simplement,

"N'est-il pas dangereux de disperser ses efforts ?".

Ce raisonnement est spécieux et peut être très néfaste car on a invoqué des arguments de ce genre pour exclure la collecte de renseignements portant sur les sujets les plus variés (lieu de naissance, activité professionnelle et jusqu'à l'âge en années -- on se contentait de "grands groupes" --).

En fait, toute personne qui est tant soit peu familiarisée avec les problèmes de la collecte -- et en particulier avec les enquêtes par sondage -- sait parfaitement que le temps passé à interroger effectivement les enquêtés

ne constitue qu'une fraction minime du temps consacré à l'ensemble des opérations sur le terrain : déplacements, contacts, cartographie, identification des unités, etc ...

D'où une incitation à accroître la quantité d'informations collectées sur chaque individu. Bien sûr, l'excès en tout est un défaut, et un gonflement exagéré risque d'être préjudiciable à la bonne marche de l'opération en provoquant de la lassitude chez les personnes concernées (enquêtés et enquêteurs).

Mais un tel danger est inexistant en ce qui concerne le relevé des causes de décès : prenons l'exemple d'une enquête portant sur un échantillon de 100 000 personnes dans une région à mortalité élevée (un taux brut de l'ordre, disons, de 25°/$_{oo}$).

Au cours de cette enquête, l'ensemble du personnel d'exécution aura à établir au total 2 500 bulletins de causes de décès : si le rythme moyen de travail effectif est de 80 personnes recensées par jour (et, dans des régions à population dispersée et d'accès difficile, il est courant d'observer des rythmes nettement plus faibles), chaque enquêteur remplira en moyenne deux bulletins par jour. Il est excessif d'affirmer qu'il sera écrasé par ce travail.

3. *QUELQUES PRINCIPES*

Il est bon de rappeler que, même, dans les pays les plus développés, la perfection n'est pas atteinte -- et ne peut pas l'être -- en ce domaine.

Comme le remarque le Dr. Pierre CANTRELLE dans sa contribution à "Afrique Noire, Madagascar, Comores, Démographie comparée", intitulée "Mortalité, facteurs" dont nous nous sommes largement inspirés :

> "Quel que soit le pays, on sait que le diagnostic porté sur les déclarations n'est pas toujours précis et le soin apporté à la rédaction du certificat de décès varie en partie selon l'intérêt que le médecin a pour les statistiques sanitaires. Comme l'écrit le Dr. AUBENQUE, l'attitude est explicable" en ce sens que le médecin habitué à prendre une connaissance réaliste des faits a le droit de se montrer méfiant à l'égard des chiffres qui risquent de ne pas correspondre exactement à la réalité". Ces statistiques de causes de décès risquent donc d'être hétérogènes".

La classification des causes de décès, notamment aux fins de comparaison, pose des problèmes épineux. Il existe une nomenclature universelle due à l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS ou WHO), mais elle a subi un certain nombre de révisions. En pratique, on doit constater qu'elle n'est pas appliquée partout (ou que la même version n'est pas appliquée partout). De toute façon, il n'est pas certain qu'elle soit parfaitement adaptée à la diversité des climats et des conditions écologiques ou autres.

En tout état de cause, il faut dans le domaine qui nous intéresse, se limiter à une nomenclature condensée et simplifiée. Quelques exemples sont donnés ci-dessous (voir annexes).

Toutes les méthodes proposées reposent sur le même principe : on élabore un questionnaire susceptible d'être rempli par un enquêteur local de qualité normale qui sera ensuite interprété par un médecin familiarisé avec le milieu sur lequel porte l'étude.

En Afrique Noire, les pionniers en la matière, furent, à ma connaissance le Dr. Yves BIRAUD, de l'OMS -- qui présente un projet en ce sens dès 1956 -- et d'autre part, sur un plan plus pratique, l'équipe chargée de l'enquête sur la Vallée du Sénégal (MISOES, 1956-1958), à laquelle participait, entre autres, le Dr. Pierre CANTRELLE.

Il y eut entre ces travaux une convergence qui aboutit à un certain nombre d'expériences (à assez grande échelle).Quelques indications seront données plus loin sur les résultats obtenus dans deux de ces expériences (qui se déroulèrent au niveau national).

4. *LE PROJET DU DR. BIRAUD*

Le Dr. Yves BIRAUD occupa le poste de Directeur des Services Epidémiologiques et Statistiques de l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) ou World Health Organisation (WHO).

En 1956, il présenta un projet de "Méthode NM" (Enregistrement par les non-médecins des causes élémentaires de décès) à la "Conférence Africaine sur les Statistiques Démographiques et Sanitaires" qui se tint à Brazzaville.

Il semblerait que ce projet ait reçu un accueil favorable des participants, mais que cela n'alla pas très loin puisque la référence du document en question (WHO/HS/60) est accompagnée de la mention peu exaltante "non publié".

Ultérieurement, en 1962, le Dr. BIRAUD présenta un document -- resté moins confidentiel -- intitulé "Une méthode d'obtention en pays sous-développés de statistiques démographiques et d'informations élémentaires sur les causes de décès par l'instauration d'un service d'état civil simplifié à partir de zones pilotes d'enregistrement".

Comme son titre l'indique, ce document recommande et décrit de façon détaillée la création de zones pilotes en vue d'observer le mouvement de la population. L'auteur précise qu'il reprend et complète "la méthode des zones modèles d'enregistrement préconisée par C.J. MARTIN[a] en 1953 et, depuis lors, endossée par toute une série de réunions et conférences internationales" ;

Malgré ces "endossements" multiples, on notera que -- trente ans plus tard -- les réalisations pratiques demeurent assez discrètes.

En ce qui concerne le principe de la "Méthode NM", le Dr. BIRAUD pose le problème avec une très grande clarté. Parmi les causes de décès, "il en est tout d'abord qu'un non-médecin peut connaître : décès de femmes en couches, décès par accidents ou blessures (la rumeur publique remplace ici le médecin légiste)".

(Remarque incidente : on peut citer à cet égard la netteté et la clarté indéniables de la cause suivante relevée au cours d'une enquête chez un groupe ethnique, fameux pour son tempérament bagarreur "crâne cassé à coups de matchete à cause d'une femme).

(a) En Afrique Orientale Britannique.

"Pour ce qui est des maladies, certaines sont reconnues de tous les adultes et possèdent un nom dans la langue locale qu'il est facile de rapporter, l'équivalent de "variole", rougeole, coqueluche, maladie du sommeil dans les zones d'endémie, etc ..."

"Ces renseignements interprétés à la lumière de l'expérience et des connaissances que l'on possède déjà sur la pathologie du pays, peuvent bien n'être pas suffisants pour faire un diagnostic rétrospectif individuel pour un ou même quelques décès ; mais ils peuvent en s'ajoutant, en se recoupant, en se comparant avec ceux des années antérieures à la même saison, etc ... révéler la fréquence anormale de certains types d'affections (telles que mortalité anormale des femmes en couches ou des nouveaux-nés, paludisme, affections gastro-intestinales, épidémies respiratoires, etc ...) ; on obtient ainsi des diagnostics collectifs qui peuvent être suffisants pour orienter une action sanitaire".

A la suite de cette note étaient joints deux documents figurant en annexes :

a) Une "Nomenclature NM" destinée à l'enregistrement et classement par des non-médecins des causes élémentaires des décès en pays sous-développés.
Cette nomenclature comprend 20 postes, plus un 21ème "causes inconnues", ventilé en 4 catégories suivant l'âge du décédé. (Annexe A-1).

b) Un modèle de questionnaire (Annexe B-1), inspiré du principe suivant : l'enquêteur (ou l'agent d'état civil) doit poser les questions dans un ordre bien déterminé jusqu'à ce qu'il obtienne une réponse positive, lui permettant d'identifier le poste correspondant de la nomenclature abrégée.

Par exemple :

Le décès est-il dû :

-- à une maladie ?

. Si oui, s'agit-il d'une femme morte à l'occasion d'une naissance ou pendant ses couches ? (en cas de réponse positive, classer à poste 5) ;

. Si non, le malade souffre-t-il du ventre ?

-- si oui,

avec diarrhée (si oui, classer à 6)

sans diarrhée (si oui, classer à 7)

. Si non, le malade était-il essouflé ?

etc ...

5. *QUELQUES EXPERIENCES ANCIENNES MENEES EN AFRIQUE NOIRE FRANCOPHONE*

Comme beaucoup d'études à caractère original, les exemples donnés ici remontent à la lointaine période de l'âge d'or de la recherche démographique en Afrique, c'est-à-dire, à la période 1955-1964. Le Dr. Pierre CANTRELLE a joué un rôle essentiel dans ces travaux, soit qu'il les ait dirigés, soit qu'il ait conseillé les responsables.

Comme on l'a noté plus haut, la première application pratique fut élaborée progressivement et empiriquement au cours de l'enquête à objectifs multiples réalisée dans la Vallée du Sénégal de 1956 à 1958.

Les résultats ayant été jugés encourageants, ce type de technique fut mis en oeuvre dans des enquêtes au niveau national : Haute-Volta (1960-1961), Dahomey (1960-1961). Elle fut ultérieurement à des enquêtes longitudinales portant sur des zones limitées situées au Sénégal (Niakhar et Paos Koto).

Différents modèles de questionnaires ont été expérimentés : on trouvera en annexe B-2, celui qui a été utilisé en Haute-Volta.

Dans ce bulletin, on a dressé une liste des principales causes de décès avec leur nom dans les deux langues les plus répandues dans le pays. En outre, les enquêteurs disposèrent pour les autres langues de "lexiques" ad hoc. L'annexe B-2 présente des extraits des recherches faites à ce sujet.

De plus, l'enquêteur était invité à présenter ses remarques personnelles et encouragé à la plus grande prolixité en la matière.

Par contre, au Dahomey, on a jugé préférable d'utiliser un questionnaire "ouvert" où l'enquêteur décrivait avant tout en détail toutes les circonstances du décès ; on craignait, en effet, que l'utilisation d'une liste préparée à l'avance ne l'incite à mettre fin à l'interrogatoire dès que la personne interrogée avait répondu affirmativement et peut-être avec trop de précipitation à l'une des rubriques.

6. *INTERPRETATION DES DONNEES RECUEILLIES*

Dans la publication citée plus haut (cf. "Démographie comparée"), le Dr. CANTRELLE pose comme suit le problème :

"Il est certain que ce genre de questionnaire doit être utilisé avec discernement. Une première condition est de faire interpréter les réponses par un médecin. Ces réponses ne peuvent d'ailleurs pas être assimilées à un diagnostic médical et leur valeur dépend beaucoup de la cause elle-même".

"Pour la commodité du texte, on désignera cependant par "cause" un ensemble d'observations qui représentent en fait les "signes" retenus et indiqués par les familles, signes qui peuvent évidemment, mais dans une mesure variable, faire penser à telle ou telle affection. La relation est assez facile à établir lorsqu'il s'agit d'un décès survenu à la suite d'un accident ou d'un accouchement et aussi de certaines maladies bien connues et spécifiques telles que la rougeole,

la variole, etc ... Malgré le caractère sommaire des réponses, les résultats correspondent aux caractères épidémiologiques déjà connus (lieu, âge, saison). La concordance obtenue dans certains cas précis confirmerait donc la valeur d'ensemble de ce type d'enquête".

"Les cas de la rougeole et de la variole illustrent bien cette concordance. Ces deux affections sont nettement distinguées dans les langues africaines. Cependant, une confusion existe parfois dans la traduction de l'enquêteur : il est ainsi vraisemblable que quelques cas de décès signalés "varicelle" devraient être rattachés à la rubrique "rougeole", de même les quelques cas mentionnés "corps couverts de boutons" ne suggèrent pas nécessairement l'une des trois affections. L'étymologie peut, de son côté, rappeler certaines caractéristiques de la maladie (rougeole)".

"Le fait qu'en Afrique, les termes désignant la rougeole ou la variole semblent réellement intégrés à la langue du pays pourrait même attester une origine très ancienne de la maladie, puisque d'autres affections comme la méningite, d'apparition récente, sont désignées par des mots composés traduisant les symptômes caractéristiques ("dande diado", qui signifie "cou raide" en poular)."

"Par contre, la réponse n'a qu'une valeur indicative pour des symptômes tels que la toux, la diarrhée, l'accès de fièvre, la jaunisse, ... On ne pourra pas non plus préciser nettement l'influence d'endémies majeures comme le paludisme, ni celle de la malnutrition, qui crée cependant un terrain propice aux agressions".

"On trouve dans certaines enquêtes un nombre relativement important de réponses indéterminées. Ce fut le cas au Sud-Dahomey où le terme d'"attaque", sans autre précision, a été souvent inscrit, il traduit peut-être, dans cette région où l'animisme est très vivant, une référence à une intervention de forces surnaturelles ; des contre-interrogatoires sur place par un médecin, que les circonstances n'ont pas permis de faire, auraient peut-être évité cet inconvénient ...".

"Il serait nécessaire dans l'avenir, pour mieux estimer la validité de cette méthode, de confronter les réponses obtenues par l'enquêteur avec des diagnostics établis antérieurement par un médecin ayant eu l'occasion d'examiner le malade.

Naturellement, ceci ne peut être réalisé que dans certains cas favorables et généralement pas en milieu rural, où la presque totalité des décès échappe au contrôle médical".

"Dans l'enquête du Sine-Saloum, deux cas seulement ont pu être relevés ; peut-être méritent-ils d'être cités :

1er cas : enquêteur : fille de 9 ans, maux de tête pendant 11 jours, décès le 21/01/63.
registre de l'hôpital : âge non mentionné, hospitalisée le 14/01/63 pour méningite cérébro-spinale - décès le 22/01/63.

2ème cas: enquêteur : homme de 40 ans, corps enflé pendant un mois environ, décédé le 20/02/63.
registre de l'hôpital : âge non mentionné, hospitalisé le 19/02/63 pour "oedème aigu du poumon par cardiopathie" décès le 20/02/63.

On remarquera la valeur indicative satisfaisante des réponses et la précision de la date du décès établi par l'enquêteur, au cours de tournées trimestrielles, simplement avec le calendrier lunaire wolof et sans l'aide de bulletins d'hôpital".

En ce qui concerne la nomenclature utilisée, il a été jugé souhaitable de "ventiler" certains postes de la liste du Dr. BIRAUD.

On trouvera en annexe A-2, la liste ainsi complétée ; on verra ci-dessous un exemple des problèmes posés par le regroupement de ces causes.

7. *QUELQUES RESULTATS RELATIFS A LA HAUTE-VOLTA ET AU DAHOMEY*

Il est intéressant de décrire sommairement les résultats obtenus au cours de ces deux enquêtes, pour les raisons suivantes :

- Il s'agit d'enquêtes nationales visant à fournir des données sur l'ensemble des phénomènes démographiques : état de la population, mouvement naturel, mouvements migratoires, etc ... L'étude de la mortalité (et a fortiori, l'enregistrement des causes de décès) n'était donc qu'un objectif parmi bien d'autres. Comme on l'a vu, le coût de l'enregistrement des causes de décès a été négligeable par rapport au coût total de l'enquête ;

- Le personnel d'exécution était composé d'enquêteurs "ad hoc" recrutés pour les besoins et la durée de l'opération. Pour la plupart, ils n'avaient au départ ni formation, ni expérience particulière, spécialement en Haute-Volta, pays longtemps défavorisé dans le domaine de l'enseignement. Leur seule qualification était le résultat d'un stage théorique et pratique de quelques semaines ;

- En matière sanitaire, la seule "compétence", tant dans le personnel d'encadrement que dans celui d'exécution, était incarnée par un médecin qui participa à la formation des enquêteurs ainsi qu'au contrôle du début des opérations sur le terrain. C'est lui, ultérieurement, qui assure l'exploitation et l'interprétation des documents remplis par les enquêteurs.

Les chiffres qui suivent sont donc beaucoup plus "instructifs" que ceux qui ont été obtenus dans des études portant sur des zones limitées ou disposant d'un personnel d'exécution spécialisé (infirmiers, par exemple), jouissant d'une grande expérience et encadré étroitement par des médecins.

En ce qui concerne la qualité des réponses, on notera ce qui suit :

a) Causes non déclarées :

Leur proportion est faible : 2,7% en Haute-Volta, 3,3% au Dahomey.

b) En ce qui concerne *les causes déclarées*, voir d'après le Dr. CANTRELLE, la valeur indicative des réponses :

TABLEAU 1

CLASSEMENT DES CAUSES DE DECES DECLAREES (en %) D'APRES LEUR VALEUR INDICATIVE EN HAUTE-VOLTA ET AU DAHOMEY

VALEUR INDICATIVE	HAUTE-VOLTA	DAHOMEY
1) Bonne qualité		
a) Circonstances précises		
accidents	1,3	3,0
grossesse, accouchement	1,8	1,9
Ensemble	3,1	4,9
b) Diagnostics probables		
variole	-	3,3
rougeole	18,1	2,3
lèpre	0,2	0,2
Ensemble	18,3	5,8
TOTAL	21,4	10,7
2) Signes indicatifs précis		
diarrhée	17,7	5,5
toux	9,8	7,4
coqueluche	2,5	0,4
jaunisse	1,0	0,5
raideur du cou	5,0	3,4
autres signes	10,8	15,7
TOTAL	46,8	32,9

TABLEAU 1 (suite)

VALEUR INDICATIVE	HAUTE-VOLTA	DAHOMEY
3) Autres réponses jugées "positives"		
TOTAL	17,0	30,8
4) Réponses indéterminées ou imprécises		
vieillesse	1,9	5,4
"attaque" (*)	-	10,6
non déterminées	12,9	9,6
TOTAL	14,8	25,6
TOTAL GENERAL	100,0	100,0

(*) Voir plus haut le commentaire relatif à cette "cause de décès" propre au Dahomey.

c) Résultats détaillés ; quelques commentaires

Le tableau 2 présente la répartition proportionnelle des causes de décès déclarées :
- pour l'ensemble des individus,
- pour chaque sexe,
- pour les groupes d'âge suivants :
  - . moins d'un an
  - . 1 - 4 ans
  - . 5 - 14 ans
  - . 15 - 44 ans
  - . 45 - 54 ans
  - . 65 ans et plus

pour la Haute-Volta (1960-61) et le Dahomey (1961). (cf. tableau page suivante).

TABLEAU 2

REPARTITION PROPORTIONNELLE DES CAUSES DE DECES DECLARES EN HAUTE-VOLTA (1960-1961) ET AU DAHOMEY (1961)

Causes de deces	Ensemble		Hommes		Femmes		Moins d'un an		Groupe d'âge 1-4		Groupe d'âge 5-14		Groupe d'âge 15-44		Groupe d'âge 45-64		65 ans et plus	
	H.V.*	D.**	H.V.	D.	H.V.	D.	H.V.	D.	H.V.	D.	H.V.	D.	H.V.	D.	H.V.	D.	H.V.	D.
Morts violentes	1,3	3,0	1,7	3,9	0,9	2,2	-	0,3	0,2	0,7	4,2	7,3	3,8	8,2	1,6	3,6	0,4	1,5
Complications grossesse ou accouchement	1,8	1,9	-	-	3,5	3,8	-	-	-	-	-	-	10,4	9,5	0,3	0,9	-	-
Diarrhée	17,7	5,5	17,0	5,4	18,3	5,5	8,9	6,2	23,1	6,0	18,1	7,9	19,3	3,9	22,8	4,2	21,1	4,7
Maux de ventre sans diarrhée	5,6	11,0	5,9	11,7	5,4	10,3	3,6	6,0	3,7	9,6	5,1	11,8	8,2	14,0	8,8	18,2	8,0	11,4
Toux-courte maladie	8,8	6,3	8,6	6,5	8,9	6,2	9,6	7,4	4,9	6,0	5,1	6,0	8,5	3,6	12,5	9,6	14,3	6,4
Tuberculose	4,0	2,1	4,1	2,4	3,9	1,8	1,1	0,1	0,5	0,8	0,5	1,7	7,8	6,5	13,1	3,6	5,5	0,9
Autres signes respiratoires		2,6		3,1		2,1		1,7		1,4		1,7		3,6		4,3		4,1
Troubles cardiaques et gonflements des jambes	3,5	4,0	4,1	3,7	3,0	4,2	1,2	1,3	1,2	5,1	2,8	5,4	5,6	4,7	9,1	4,7	5,9	2,0
Variole	-	3,3	-	4,0	-	2,7	-	1,6	-	6,0	-	5,0	-	3,4	-	2,0	-	0,9
Rougeole	18,1	2,3	18,4	2,3	17,7	2,3	12,1	1,2	45,2	5,5	38,9	3,9	3,5	0,4	0,3	1,1	-	0,3
Autres Eruptions cutanées	-	1,1	-	1,1	-	1,2	-	0,8	-	3,3	-	1,2	-	-	-	-	-	-
Maux de tête (sans autre précision)	1,2	1,9	0,8	1,9	1,6	1,8	0,3	0,3	0,7	1,6	1,4	1,7	1,9	3,8	2,5	2,7	2,1	1,8
Méningite	4,4	0,3	4,5	0,5	4,3	0,2	2,1	0,6	3,1	0,2	9,3	0,4	9,2	0,2	3,4	0,7	3,0	-
Tétanos	0,9	3,1	1,2	3,3	0,6	2,9	2,5	5,4	9,5	3,6	-	3,1	0,5	2,4	-	0,9	-	0,8
Paludisme	10,1	4,0[b]	10,7	4,4[b]	9,5	3,6[b]	18,8	3,0[b]	8,5	4,7[b]	4,2	3,7[b]	5,2	4,8[b]	5,6	4,2[b]	7,2	3,4[b]
Autres fièvres	1,0	11,8[b]	1,0	11,7[b]	0,9	11,9[b]	0,6	12,4[b]	0,7	13,7[b]	0,5	15,8[b]	1,4	7,0[b]	1,6	13,4[b]	1,7	9,6[b]
Décès liés aux circonstances de la naissance	2,4	2,3	2,5	2,2	2,3	2,3	8,3	9,6	0,2	0,5	-	-	-	-	-	-	-	-
Vieillesse	1,9	5,4	1,5	4,2	2,3	6,6	-	-	-	-	-	-	-	-	2,8	2,9	16,0	39,2
"Attaque"	4,6	10,6	4,5	9,8	4,7	11,5	4,4	21,1	2,7	14,3	3,7	10,6	5,2	4,4	7,8	2,0	5,1	1,7
Autres causes		7,8		7,9		7,8		6,6		7,6		6,6		10,3		10,1		5,8
Causes indéterminées	12,9	9,6	13,5	10,1	12,3	9,1	16,5	14,3	4,8	9,3	6,5	6,2	9,6	8,3	7,8	11,0	1,7	5,5
TOTAL a)	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0

(*) H.V. : Haute-Volta (**) D. : Dahomey

a) Le total des pourcentages ne fait pas toujours exactement 100 du fait de l'arrondissement de la décimale.

b) Voir le Tableau 3 qui donne une autre classification des causes de décès.

On peut faire tout d'abord la remarque suivante : dans l'ensemble, ces chiffres sont assez cohérents et ne sont pas contredits par les observations du Service de Santé (bien sûr, ces dernières portent par définition sur un échantillon non représentatif). Ce n'est pas certes une preuve d'exactitude, mais c'est, au moins, un bon signe.

La comparaison des chiffres relatifs aux deux pays fait apparaître un grand nombre de convergences, mais aussi des différences très marquées.

A propos de ces dernières, on est amené à se poser la question suivante : Ces divergences traduisent-elles :

-- des différences réelles entre ces deux populations où les conditions climatiques, économiques et sociales sont très dissemblables,

-- ou bien des erreurs qui, peuvent se répartir en deux catégories :

a) erreurs d'observation, de déclaration ou d'enregistrement -- irréparables par nature --

b) erreurs d'interprétation ou de classification.

8. *PROBLEME DES CLASSIFICATIONS*

Le dernier point pose, une fois de plus, le problème des nomenclatures -- cauchemar du statisticien --. Nous en donnerons deux exemples :

. Les symtômes fébriles se répartissant en deux postes de la nomenclature "NM" de BIRAUD, ainsi ventilés par CANTRELLE :

TABLEAU 3

CLASSIFICATION DES CAUSES DE DECES A SYMPTOMES FEBRILES

Nomenclature BIRAUD	Ventilation CANTRELLE
18 - Fièvres à répétitions	- paludisme - accès pernicieux
19 - Autres fièvres	- accès de fièvre, fièvre de courte durée, - fièvre de longue durée - fièvre sans autre indication - maladie du sommeil

Or, il faut bien constater que les regroupements utilisés dans la publication des résultats des deux populations ne sont pas toujours identiques.

Le tableau 4 reproduit la codification utilisée pour chacune de ces populations ainsi que les proportions par rapport au total des décès pour l'ensemble des individus.

TABLEAU 4

CLASSIFICATION DES CAUSES DE DECES A SYMPTOMES FEBRILES UTILISES DANS LES PUBLICATIONS DE HAUTE-VOLTA ET DU DAHOMEY (pour 100 décès au total)

HAUTE-VOLTA			DAHOMEY		
N° code	Intitulé	Proportion	N° code	Intitulé	Proportion
18	Paludisme	10,1	18	Paludisme, accès pernicieux	4,0
18-19	Fièvre (sans autre indication)	0,8		Accès de fièvre	3,4
	Maladie du sommeil	0,2	18-19	Autres fièvres	8,3
				Maladie du sommeil	0,1
	TOTAL	11,1		TOTAL	15,8

On voit que l'on peut regrouper aux fins de comparaison de deux façons les chiffres du Dahomey, soit en isolant le poste "paludisme", soit en y ajoutant "accès de fièvre" (voir tableau 5 page suivante).

TABLEAU 5

LES DEUX CLASSIFICATIONS DES DECES DUES A DES MALADIES A SYMPTOMES FEBRILES UTILISEES POUR LES DONNEES DU DAHOMEY COMPAREE A CELLE DE LA HAUTE-VOLTA (en pourcentage par rapport à l'ensemble des décès)

1ère CLASSIFICATION (figurant dans le tableau 2)

Causes de deces	Ensemble		Hommes		Femmes		Moins d'un an		Groupe d'âge 1-4		Groupe d'âge 5-14		Groupe d'âge 15-44		Groupe d'âge 45-64		Plus de 65 ans	
	H.V.*	D**	H.V.	D.	H.V.	D.	H.V.	D.	H.V.	D.	H.V.	D.	H.V.	D.	H.V.	D.	H.V.	D.
Paludisme	10,1	4,0	10,7	4,4	9,5	3,6	18,8	3,0	8,5	4,7	4,2	3,7	5,2	4,8	5,6	4,2	7,2	3,4
Autres fièvres	1,0	11,8	1,0	11,7	0,9	11,9	0,6	12,4	0,7	13,7	0,5	15,8	1,4	7,0	1,6	13,4	1,7	9,6
TOTAL "fièvres"	11,1	15,8	11,7	16,1	10,4	15,5	19,4	15,4	9,2	18,4	4,7	19,5	6,6	11,8	7,2	17,6	8,9	13,0

2ème classification (différente de la précédente pour le Dahomey seul)

Paludisme (y compris accès de fièvres)	10,1	7,4	10,7	7,7	9,5	7,2	18,8	6,3	8,5	7,6	4,2	7,9	5,2	8,7	5,6	9,6	7,2	5,2
Autres fièvres	1,0	8,4	1,0	8,4	0,9	8,3	0,6	9,1	0,7	10,8	0,5	11,6	1,4	3,1	1,6	8,0	1,7	7,8
TOTAL "fièvres"	11,1	15,8	11,7	16,1	10,4	15,5	19,4	15,4	9,2	18,4	4,7	19,5	6,6	11,8	7,2	17,6	8,9	13,0

(*) H.V. (Haute-Volta

(**) D. (Dahomey)

On peut également remarquer que l'on n'a pas isolé en Haute-Volta le poste "tubercolose" de l'ensemble des maladies caractérisées par une toux ou une difficulté à respirer, de longue durée.

9. *AUTRES DIVERGENCES OBSERVEES*

Certaines différences peuvent s'expliquer de façon logique :

. on a reproduit ci-dessus les commentaires du Dr. CANTRELLE relatifs à la cause déclarée "attaque", observée exclusivement dans la partie méridionale du Dahomey, région de forêt où la sorcellerie se porte apparemment bien. L'incidence de cette "cause" est considérable pour la mortalité infantile (elle "explique" plus de 1/5 des décès de moins d'un an), elle décroît ensuite constamment avec l'âge pour tomber à 1,7% au-dessus de 65 ans ;

. la rougeole mérite une mention particulière. Cette maladie est endémique dans la région qui nous intéresse, mais son intensité est soumise à des fluctuations considérables, ce qu'illustrent les chiffres enregistrés au cours del'enquête longitudinale dans deux zones du Sénégal (tableau 6).

TABLEAU 6

ENQUETE SINE-SALOUM 1963-65
TAUX DE MORTALITE PAR ROUGEOLE POUR 1 000 PERSONNES :

Année	NIAKHAR		PAOS-KOTO	
	Rougeole	tous décès	Rougeole	tous décès
1963	4,14	34,4	2,21	24,2
1964	1,04	35,3	1,85	27,2
1965	2,63	33,3	9,51	30,6
Ensemble	2,60	34,3	4,53	27,3

Une explication très plausible de l'incidence relative faible de la rougeole au Dahomey (2,3 % de l'ensemble des décès contre 18,1 % en Haute-Volta) est la suivante :

L'enquête s'est déroulée au Dahomey au lendemain d'une forte poussée de cette maladie. Un tel phénomène est toujours suivi d'une baisse considérable (sélection et auto-vaccination).

La poussée en question a été observée de façon précise dans la ville de Cotonou en 1959-60, il est certain qu'elle a affecté la partie forestière du pays (la moitié sud) où, effectivement, l'incidence de cette cause -- telle qu'elle ressort des résultats de l'enquête -- est près de 8 fois plus faible que celle que l'on a trouvée dans le nord (limitrophe de la Haute-Volta).

Cet exemple illustre deux précieux enseignements :

a) Les résultats d'un tel relevé doivent être interprétés par un médecin connaissant bien la population concernée et être recoupés à partir de toutes les autres sources d'information disponibles ;

b) Une enquête isolée portant sur la mortalité (et, à un moindre degré, sur la fécondité) n'a qu'une signification limitée en raison des fluctuations considérables (cycliques ou accidentelles) des différents facteurs. C'est sans doute l'argument le plus décisif en faveur de l'observation continue.

En ce qui concerne le tétanos, la différence est importante (0,9 % en Haute-Volta contre 3,1 % au Dahomey). Toutefois, on notera qu'elle est beaucoup moins marquée pour les enfants de moins d'un an (2,5 % contre 5,4 %) alors que l'on n'enregistre pratiquement pas de décès dûs à cette cause au-dessus de 5 ans.

Il est intéressant à cet égard de comparer les résultats de l'enquête aux chiffres figurant dans le rapport du Service de Santé pour 1957-1958. (Evidemment, ces derniers ne concernent que les hospitalisés et ne sont donc pas rigoureusement comparables).

TABLEAU 7

PROPORTIONS (pour cent) DES DECES IMPUTABLES AU TETANOS EN HAUTE-VOLTA D'APRES LE RAPPORT DU SERVICE DE SANTE, (1957-1958) ET L'ENQUETE DEMOGRAPHIQUE (1960-1961).

Groupes d'âge	Service de Santé	Enquête démographique
Moins d'un an	2,5 %	2,5 %
1 - 4 ans	0,5 %	0,5 %
5 ans et plus	1,8 %	0,2 %
Tous âges	1,7 %	0,9 %

Il est possible que la convergence remarquable des chiffres au-dessous de 5 ans soit le résultat d'une heureuse coïncidence.

Il n'en reste pas moins qu'il semble que le diagnostic ait été plus facile pour les jeunes enfants.

Enfin, en ce qui concerne la méningite, la différence (4,4 % en Haute-Volta contre 0,3 % au Dahomey), est fort plausible, car la méningite cérébro-spinale est un fléau qui affecte particulièrement l'ensemble de la zone sahélo-soudanienne, du Sénégal au Tchad.

La conclusion de ces observations est que cette technique de collecte -- qui demanderait certainement à être affinée -- n'est pas dénuée d'intérêt et qu'on peut en tirer quelque chose.

10. *PROPOSITIONS RECENTES DE L'ORGANISATION MONDIALE DE LA SANTE*

L'Organisation Mondiale de la Santé (OMS ou WHO) a remis à l'ordre du jour ce problème qui semble avoir subi une longue éclipse.

Il a notamment fait l'objet de deux réunions en 1971 et en 1973. A l'occasion de la Conférence Internationale pour la Neuvième Révision de Classification Internationale des Malades (1975), cette question a été soulevée à nouveau et des recommandations ont été faites.

Il en est résulté notamment la réunion d'un Groupe de Travail à Delhi en 1976 et l'élaboration de nomenclatures condensées.

Celles-ci figurent dans une note de l'OMS intitulée "Notification d'Informations Sanitaires par un personnel non-médical" publiée en 1978. Comme son titre l'indique, elle ne s'intéresse pas exclusivement aux statistiques des causes de décès, mais aussi à celles qui concernent la morbidité.

Ces nomenclatures sont données en annexe. Ce sont :

1) "Liste détaillée d'associations de symptômes pour la notification par un personnel non-médical (annexe A-3); cette étude a été condensée en deux listes "minimales".

2) Liste minimale de mortalité (Annexe A-4),

3) Liste minimale de morbidité (Annexe A-5).

CONCLUSION

Les applications pratiques évoquées dans la présente note sont déjà fort anciennes. Certes, de nombreux travaux ont été repris dans ce domaine, mais on doit constater qu'ils n'ont reçu qu'une diffusion très limitée et, en fait, sont restés confidentiels. C'est pourquoi, il a été jugé intéressant de tirer d'un oubli immérité quelques expériences dont les enseignements peuvent être utiles.

TABLE DES MATIERES DES ANNEXES

-:-:-:-:-:-:-:-:-:-:-:-

Pages

A-1 : NOMENCLATURE DU Dr. BIRAUD

Nomenclature "NM" destinée à l'enregistrement et classement par des non-médecins des causes élémentaires de décès en pays sous-développés 25

A-2 : NOMENCLATURE DU Dr. BIRAUD ET LA VENTILATION DU Dr. CANTRELLE

Correspondance entre la nomenclature non médicale et la liste abrégée des réponses 28

A-3 : NOMENCLATURE DE L'OMS (1978)

Liste détaillée d'associations de symptômes pour la notification par un personnel non-médical 30

A-4 : NOMENCLATURE DE L'OMS (1970)

Liste minimale de mortalité 38

A-5 : NOMENCLATURE DE L'OMS (1978)

Liste minimale de morbidité 40

B-1 : QUESTIONNAIRE DU Dr. BIRAUD

Interrogatoire d'une personne déclarant un décès pour connaître la cause probable ou approximative de ce décès et, à cette fin, son classement dans la liste "NM" 43

B-2 : QUESTIONNAIRE UTILISE EN HAUTE-VOLTA (1960-1961)

Questionnaire : cause de décès 46

B-3 : EXTRAIT DE "LEXIQUES" DESTINES A FACILITER L'IDENTIFICATION DES MALADIES

Noms donnés à la rougeole et à la variole dans quelques langues parlées en ouest africain 48

Etymologie de quelques appellations données à la rougeole dans diverses langues de l'ouest africain 48

ANNEXE A-1 : NOMENCLATURE DU Dr. BIRAUD

NOMENCLATURE "NM" DESTINEE A L'ENREGISTREMENT ET CLASSEMENT PAR DES NON-MEDECINS DES CAUSES ELEMENTAIRES DE DECES EN PAYS SOUS-DEVELOPPES

et correspondance approximative entre ses rubriques et celles de la Nomenclature internationale abrégée et de la Classification internationale détaillée (1955)

(extrait du document WHO/HS/60
CCTA/WHO/Stats. Conf./7, 1956)

Nomenclature NM				Nomenclature internationale abrégée	Classification internationale détaillée
NM	1	ACCIDENTS	Accidents dus à des véhicules auto.	BE.47	E 810-835
			Tous autres accidents	BE.48	E 800-802 E 840-965
NM	2	ATTAQUES PAR ANIMAUX VENIMEUX OU AUTRES			E 927-928
NM	3	BLESSURES CAUSEES PAR AUTRUI (HOMICIDES)	homicide	B 50	E 980-985
			Blessures de guerre		E 990-999
NM	4	SUICIDE		BE.49	E 970-979
NM	5	FEMMES DECEDEES EN COUCHES	Complications de grossesse	B 40	640-652
			Complications de l'accouchement et de suites de couches		670-689
NM	6	DOULEURS DE VENTRE avec DIARRHEE	Choléra	B 5	043
			Dysentrie	B 6	045-048
			Salmonelloses		041-042
			Intoxic. alimentaires		049
			Gastro-entérites	B 36	571-573 785
NM	7	DOULEURS DE VENTRE sans DIARRHEE	Ulcères de l'estomac ou du duodénum	B 33	540-541
			Appendicites	B 34	550-541
			Hernies et occlusions intestinales	B 35	560,561,570
			Péritonites		576-570 584,587,784 785,011
			Egalement chez les femmes		622-626
			Maladies des ovaires, des trompes et de l'utérus		630-633

Nomenclautre NM			Nomenclature internationale abrégée	Classification internationale détaillée
NM 8	TOUX AVEC COURTE MALADIE	Grippe	B 30	480-483
		Bronchite aigüe		500
		Pneumonie et broncho-pneumonie	B 31	490-493
		Coqueluche	B 9	056
NM 9	TOUX AVEC LONGUE MALADIE	Tuberculose pulmonaire	B 1	001-008
		Bronchites chroniques et non spécifiées	B 32	501-502
		Abcès du poumon		521
		Bronchiectasie		526,783
NM 10	ESSOUFLEMENT ET GONFLEMENT DES JAMBES	Cardiopathies rhumatismales chroniques	B 25	410-416
		Autres maladies du coeur	B 27	430-436
		Hypertension avec maladie du coeur	B 28	440-443
		Hypertension sans mention du coeur	B 29	444-447
				522,782
NM 11	MORT SUBITE (ATTAQUE)	Lésions vasculaires affectant le système nerveux central	B 22	330-334
		Artériosclérose des coronaires et myocardites dégénératives	B 26	420-422
				782-796.2
				795.4
NM 12	DIFFICULTE A URINER OU DOULEUR EN URINANT	Maladies des organes urinaires		600-609
		Néphrites et néphroses	B 38	590-594
		Hypertrophie de la prostate	B 39	610-612
				786,016
NM 13	JAUNISSE DE LA PEAU ET DES YEUX AVEC COURTE MALADIE	Fièvre jaune		091
		Atrophie aigüe du foie		580
		Laptospiroses		072
NM 14	JAUNISSE DE LA PEAU ET DES YEUX AVEC LONGUE MALADIE	Cirrhose du foie	B 37	581
		Cancer du foie		155-156
		Autres maladies du foie		582-586
NM 15	GROSSEURS (TUMEURS)	Tumeurs malignes	B 18	140-203
		Tumeurs bénignes ou de nature non-spécifiée	B 19	210-239
		Goitre		250-254
		Elephantiasis		127
NM 16	FIEVRE AVEC ERUPTION SUR LA PEAU	Variole	B 13	084
		Rougeole	B 14	085
		Typhus et autres rickettsioses	B15	100-108

Nomenclature NM				Nomenclature internationale abrégée	Classification internationale détaillée
NM	17	FIEVRE AVEC MAL DE TETE et RAIDEUR DU COU		Méningite tuberculeuse	p.B 2	010
				Ménin g. cérébro-spinale	p.B 10	057
				Ménin g. non-méningococc.	B 23	340
				Encéphalite et polio-myélite aigües		080-083 342-344 392-393
NM	18	FIEVRES A REPETITION		Paludisme	B 16	110-117
				Fièvres récurrentes	p.b 17	071
				Brucellose		044
NM	19	AUTRES FIEVRES		Fièvre typhoïde	B 4	040
				Rhumatisme articulaire aigu	B 24	400-402
				Trypanosomiase		121
				Autres maladies infectieuses et parasitaires	p.B 17	
NM	20	AUTRES CAUSES DE DECES CONNUES		Diabète	B 20	260
				Maladies mentales et nerveuses		780,300-326
				Maladies des organes des sens		690-716
				Maladies des organes du mouvement		720-749,787
				Toutes autres maladies	B 46	
NM	21	CAUSES INCONNUES	21.1	Chez un nouveau-né (à la naissance)		
				malformations congénitales	B 41	750-759
				lésions obstétricales, asphyxie, atélectasie	B 42	760-762
				infections du nouveau-né		767-771
				débilité		774-776
			21.2	Chez un nourrisson		
				maladies de la première enfance	B 44	772-773
				gastro-entérite		571.0
			21.3	Chez un vieillard		
				sénilité	p.B 45	795
			21.4	A d'autres âges		795

*

* *

ANNEXE A-2 : NOMENCLATURE DU Dr. BIRAUD ET LA VENTILATION DU Dr. CANTRELLE

CORRESPONDANCE ENTRE LA NOMENCLATURE NON MEDICALE ET LA LISTE ABREGEE DES REPONSES

Nomenclature N.M. (Dr. BIRAUD, OMS)	Liste abrégée des réponses
1 - Accidents : dus à des véhicules automobiles	même rubrique
tous autres accidents	tombé d'un arbre, brûlure, incendie, foudre, noyades autres
2 - Attaques par animaux venimeux ou autres	morsure de serpent autres attaques par animaux
3 - Homicides	même rubrique
4 - Suicide	même rubrique
5 - Complications de la grossesse	même rubrique
Complications de l'accouchement et suites de couches	même rubrique
6 - Douleurs de ventre avec diarrhée	- diarrhée, dysentrie
7 - Douleurs de ventre sans diarrhée	- maux de ventre sans précision de diarrhée, hernie
8 - Toux avec courte maladie : (grippe, bronchite, coqueluche ...)	- toux, courte maladie, maux de poitrine, bronchite - grippe - coqueluche
9 - Toux avec longue maladie	- toux avec longue maladie tuberculose, - autres signes respiratoires, difficulté de respirer
10 - Essouflement et gonflement des jambes	- gonflement des jambes et du corps avec ou sans mention d'essouflemer - maladie du coeur
11 - Mort subite (attaque)	- mort subite
12 - Difficulté à uriner	- même rubrique
13 - Jaunisse courte maladie	- même rubrique
14 - Jaunisse longue maladie	- même rubrique
15 - Grosseur (tumeurs)	- même rubrique

ANNEXE A-2 (suite et fin)

Nomenclature N.M. (Dr. BIRAUD, OMS)	Liste abrégée des réponses
16 - Fièvre avec éruption sur la peau (variole, rougeole, etc ...)	- variole - rougeole - autres éruptions
17 - Fièvre avec mal de tête et raideur du cou	- maux de tête - méningite, raideur du cou - tétanos
18 - Fièvre à répétition	- paludisme, accès pernicieux
19 - Autres fièvres	- accès de fièvre, fièvre de courte durée - fièvre de longue durée - fièvre s.a.i. - maladie du sommeil
20 - Autres causes de décès connues	- autres troubles nerveux - maladies de la bouche, de la gorge - maladies des oreilles - plaies ou abcès - oedème localisé - lèpre - autres symptômes
21 - Causes inconnues	
21.1 Chez un nouveau-né	- prématuré - décès de la mère - mauvais allaitement, sevrage précoce, jumeaux - accouchement difficile
21.2 Chez un nourrisson	- débilité
21.3 Chez un vieillard	- vieillesse - indéterminé

*

* *

ANNEXE A-3 : NOMENCLATURE DE L'OMS (1978)

LISTE DETAILLEE D'ASSOCIATIONS DE SYMPTOMES POUR LA NOTIFICATION PAR UN PERSONNEL NON-MEDICAL

Les affections marquées d'un astérisque (*) ne seront mentionnées que par les travailleurs sanitaires ayant une connaissance suffisante pour les reconnaître, ou lorsque ces affections existent à l'état endémique dans la région, ou encore lorsque l'épidémie est confirmée.

Principal(aux) symptôme(s)	*Symptôme(s) complémentaire(s) ou description*	*Diagnostic possible*
01	Fièvre avec symptômes cutanés	
010	Fièvre avec éruption de rougeurs disparaissant après plusieurs jours	Rougeole
011	Fièvre avec vésicules ne laissant pas de cicatrices	Varicelle
012	Fièvre avec pustules dont les cicatrices donnent un aspect grêlé	Variole*
013	Fièvre avec coloration jaune de la peau et du blanc des yeux, selles décolorées, douleurs articulaires	Ictère infectieux
014	Forte fièvre avec symptômes cutanés de 013	Fièvre jaune*
019	Fièvre avec autres manifestations cutanées non précisées	
02	Fièvre avec troubles nerveux	
020	Fièvre avec prostration, paralysie oculaire, douleurs musculaires	Encéphalite*
021	Fièvre avec prostration, violents maux de tête, douleurs articulaires	Dengue*
022	Forte fièvre avec prostration, douleurs ganglionnaires, bubon	Peste*
023	Fièvre avec paralysie	Poliomyélite
024	Fièvre avec raideur du cou, vomissements, éruption cutanée	Méningite*
029	Fièvre avec autres troubles nerveux non précisés	

ANNEXE A-3 (suite)

03	Autres fièvres		
	030	Forte fièvre, intermittente, avec frissons, prostration	Paludisme*
	031	Mêmes symptômes qu'en 030, avec confirmation par examen de laboratoire	Paludisme confirmé
	038	Fièvre avec autres symptômes associés	
	039	Fièvre, sans précision	
04	Symptômes cutanés (voir aussi 01)		
	040	Lésions cutanées anesthésiantes, déformations, troubles trophiques des extrémités	Lèpre*
	041	Lésions croûteuses (ulcéreuses avec apparition de croûtes)	Pian*
	042	Nodules fibreux, cécité	Onchocercose*
	043	Nodules typiques, enflure des extrémités	Filariose*
	044	Dessèchement de la peau et des muqueuses, excavation des fontanelles chez les enfants	Déshydratation*
	045	Pâleur de la peau et des muqueuses, faiblesse, fatigue	Anémie*
	046	Coloration jaune de la peau et du blanc des yeux	Jaunisse
	047	Abcès ou infection de la peau, après piqûre ou opération	
	048	Ulcération indolore à bords saillants de la région génitale ; antécédent de rapport sexuel	Syphilis*
	049	Lésions et ulcérations cutanées autres et non précisées	
05	Diarrhée et vomissements		
	050	Diarrhée et vomissements, déshydratation massive selles aqueuses	Choléra*
	051	Diarrhée et vomissements, douleurs abdominales	Intoxication alimentaire*
	052	Diarrhée et vomissements, fièvre, selles glaireuses	Dysenterie bacillaire*
	059	Diarrhée et vomissements autres et non précisés	

ANNEXE A-3 (suite)

06	Autres diarrhées		
	060	Diarrhée, douleurs abdominales, selles sanguinolentes et mucopurulentes	Dysentrie amibienne*
	061	Diarrhée, douleurs abdominales, fièvre	Diarrhée infectieuse
	069	Diarrhée, sans précision	Diarrhée
07	Autres symptômes abdominaux		
	070	Douleurs abdominales, contracture abdominale (ventre de bois)	Abdomen aigu*
	071	Douleur abdominale, vomissements	Indigestion
	072	Tuméfaction de l'abdomen	Tumeur, ascite
	073	Douleur rectale, sang dans les selles	Hémorroïdes
	074	Vers dans les selles ou les vomissements	Parasitose intestinale
08	Toux		
	080	Toux chronique (3 mois ou plus), perte de poids sang dans les crachats, fièvre légère	Tuberculose*
	081	Mêmes symptômes qu'en 080 avec confirmation par examen de laboratoire	Tuberculose confirmée
	082	Toux aigüe, fièvre, douleurs thoraciques, essouflement	Pneumonie
	083	Toux aigüe, fièvre, douleurs musculaires, mal de tête, irritation du nez et de la gorge	Grippe
	084	Toux spasmodique avec inspiration typique évoquant le chant du coq, fièvre	Coqueluche
	085	Toux aigüe, fièvre	Bronchite aigüe
	089	Toux, autres et sans précision	
09	Infections des voies respiratoires supérieures		
	090	Irritation du nez et de la gorge, écoulement nasal aqueux, toux, fièvre	Rhume, infection des voies respiratoires supérieures
	091	Mal de gorge, fièvre, difficulté à avaler	Angine
	092	Mal de gorge, fausses membranes, fièvre légère	Diphtérie*

ANNEXE A-3 (suite)

10	Symptômes respiratoires		
	100	Respiration difficile, essouflement, douleurs thoraciques, chevilles enflées	Maladie du coeur*
	101	Respiration difficile, essouflement, toux	Asthme, emphysème, bronchite chronique*
11	Symptômes urogénitaux		
	110	Sucre dans l'urine, soif, faim, besoins fréquents d'uriner	Diabète
	111	Sang dans l'urine	Schistosomiase*
	112	Brûlures en urinant, fièvre, pus dans l'urine	Infection rénale
	113	Brûlures en urinant, écoulement urétral purulent (homme)	Gonorrhée
	114	Absence d'urine	Insuffisance rénale
	115	Absence d'urine, douleur, distension de la vessie	Obstruction urinaire
	116	Ecoulement vaginal, fièvre, douleur du bas de l'abdomen	Infection génitale
	117	Troubles de la menstruation	Troubles de la menstruation
12	Symptômes oculaires		
	120	Taches opaques sur l'oeil	Opacité de l'oeil*
	121	Oeil douloureux, écoulement, gonflement douloureux de la paupière	Infections de l'oeil
	122	Cécité	
	123	Cécité nocturne	Avitaminose A
	124	Baisse de vision	
	125	Autres affections des yeux	
13	Autres symptômes siégeant à la tête et au cou		
	130	Ulcération, douleur de la langue ou de la bouche	
	131	Mal de dents	
	132	Saignement du nez ou de la bouche	
	133	Autres symptômes de la bouche	

ANNEXE A-3 (suite)

13	(suite)		
	134	Grosseur indolore au cou, se déplaçant lorsqu'on avale	Goître
	135	Mal d'oreille, écoulement	Infections de l'oreille
	136	Baisse de l'ouïe	
14	Symptômes nerveux		
	140	Hydrophobie (peur de boire de l'eau), convulsions, antécédent de morsure par animal	Rage*
	141	Trismus (contracture des muscles masticateurs), spasmes musculaires, antécédent de plaie ouverte ou d'accouchement	Tétanos*
	142	Paralysie subite avec perte de conscience	Attaque d'apoplexie*
	143	Violents maux de tête, vertiges	Hypertension*
	144	Comportement anormal, confusion	Troubles mentaux
	145	Usage excessif d'alcool avec détérioration physique, mentale et sociale	Abus d'alcool
	146	Usage de drogues dans un but non thérapeutique avec détérioration physique, mentale et sociale	Abus de drogues
	147	Convulsions avec perte de conscience	Epilepsie*
	148	Paralysie, sans précision	
	149	Perte de conscience, coma, sans précision	
15	Problèmes de la maternité		
	150	Grossesse normale	
	151	Grossesse avec complications telles que : hémorragie génitale, oedème des jambes, infections urinaires, fièvre, anémie	Grossesse compliquée
	152	Avortement	Avortement
	153	Accouchement normal	
	154	Accouchement avec complications telles que : hémorragie excessive, expulsion difficile, épuisement de la mère consécutif à un travail prolongé, rupture prématurée des membranes, déchirure des organes génitaux ou du périnée	Accouchement compliqué
	155	Complications des suites de couches telles que : infection ou déchirure des organes génitaux, fièvre, prolapsus	Complication puerpérale

ANNEXE A-3 : (suite)

16	Problèmes de la naissance		
	160	Enfant né vivant	
	161	Enfant mort-né	Mort-né
	162	Nouveau-né affecté par le travail et l'accouchement	Traumatisme obstétrical
	163	Nouveau-né petit ou prématuré	Prématurité
	164	Malformations du corps ou des membres, ou anomalies fonctionnelles	Anomalie congénitale
17	Troubles de l'état général		
	170	Faiblesse, perte de poids, anémie, oedème, antécédent de régime carencé	Malnutrition*
	171	Mêmes symptômes qu'en 170, avec pigmentation rougeâtre des cheveux ou de la peau chez les races de couleur	Kwashiorkor*
	172	Faiblesse, pâleur, pouls rapide et faible, prostration	Choc
	173	Faiblesse, lassitude, sans précision	
	174	Perte de poids, sans précision	
	175	Douleur et enflure (gonflement) des articulations et des muscles	Arthrite, rhumatisme
	176	Douleur, non classée ailleurs	
	177	Enflure, non classée ailleurs	
	178	Altération des fonctions physiques ou psychiques due à l'âge (ne pas utiliser pour les malades âgés de moins de 65 ans)	Sénilité
18	Traumatismes graves (nécessitant d'autres soins que les pansements)		
	180	Fractures	
	181	Luxations	
	182	Amputations traumatiques	
	183	Arrachement	
	184	Hématomes	
	185	Ecrasement	
	186	Pénétration de corps étranger par un orifice naturel	
	187	Brûlures	
	188	Intoxication (autre qu'alimentaire)	
	189	Autres traumatismes graves	

ANNEXE A-3 (suite)

19 Traumatismes superficiels (ne nécessitant qu'un nettoyage et un pansement)

190 Déchirures

191 Piqûres

192 Meurtrissures

193 Entorses

194 Foulures

195 Contusions

196 Ecorchures

199 Autres traumatismes superficiels

20 Causes autres et non connues de morbidité et de mortalité

200 Autres causes précisées

201 Décès subit de cause inconnue

202 Cause inconnue

E 1 Causes extérieures de traumatismes

E10 Morsure ou piqûre d'animaux vénimeux

E11 Brûlure accidentelle

E12 Noyade accidentelle

E13 Chute accidentelle

E14 Empoisonnement accidentel (par substance non alimentaire)

E15 Accidents de transport (impliquant chemin de fer, bateau, aéronef, véhicules à moteur sur la voie publique, autre véhicule, animal monté ou attelé

E16 Autres accidents

E17 Suicide et blessure faite à soi-même

E18 Homicide, attentat

E19 Violence, non déterminée comme accidentelle, infligée à soi-même ou résultant d'un attentat.

ANNEXE A-3 : (suite et fin)

S 1 Motifs de recours aux services de santé

- S10 Applications externes
- S11 Injection, vaccination
- S12 Administration de médicaments par voie orale
- S13 Pansement des plaies
- S14 Accouchement sans complication
- S15 Autres motifs
- S16 Consultation de santé maternelle et infantile
- S17 Consultation de planification familiale
- S18 Autres consultations
- S19 Autres prestations

*

* *

ANNEXE A-4 : NOMENCLATURE DE L'OMS (1978)

LISTE MINIMALE DE MORTALITE

	Description	*Numéro de la liste détaillée*	*Diagnostic possible*
1	Fièvre avec éruptions cutanées	010-012	Rougeole, Varicelle Variole
2	Fièvre avec raideur du cou, vomissements, éruption cutanée	024	Méningite
3	Forte fièvre, intermittente, avec frissons, prostration	030-031	Paludisme
4	Fièvre, sans précision	039	
5	Diarrhée, sans précision	069	
6	Douleurs abdominales, contracture abdominale (ventre de bois)	070	Abdomen aigu
7	Toux chronique, perte de poids, sang dans les crachats, fièvre légère	080-081	Tuberculose
8	Toux aigüe, fièvre, douleurs thoraciques, essouflement	082	Pneumonie
9	Respiration difficile, essouflement, douleurs thoraciques, chevilles enflées	100	Maladie du coeur
10	Absence d'urine	114	Insuffisance rénale
11	Peur de boire de l'eau, convulsions, antécédent de morsure par animal	140	Rage
12	Contracture des muscles masticateurs, spasmes musculaires, antécédent de plaie ou d'accouchement	141	Tétanos
13	Paralysie subite avec perte de conscience	142	Apoplexie
14	Grossesse avec complications	151	Grossesse compliqué
15	Avortement	152	Avortement
16	Accouchement avec complications	154	Accouchement compliqué
17	Suites de couches avec complications	155	Suites de couches compliquées
18	Altération des fonctions physiques ou psychiques due à l'âge	178	Sénilité

ANNEXE A-4 : (suite et fin)

	Description	*Numéro de la liste détaillée*	*Diagnostic possible*
19	Décès subit de cause inconnue	201	
20	Traumatisme	18 - 19	
21	Autres causes précisées		
22	Cause inconnue	202	
	Causes extérieures de traumatismes		
23	Morsure ou piqûre d'animal venimeux	E 10	
24	Brûlure	E 11	
25	Noyade	E 12	
26	Chute	E 13	
27	Empoisonnement	E 14	
28	Accident de transport	E 15	
29	Suicide, homicide	E 17, E 18	
30	Autres causes extérieures	E 16, E 19	

*

* *

ANNEXE A-5 : NOMENCLATURE DE L'OMS (1978)

LISTE MINIMALE DE MORBIDITE

	Description	*Numéro de la liste détaillée*	*Diagnostic possible*
1	Fièvre avec éruptions cutanées	010-012	Rougeole, Varicell-Variole
2	Fièvre avec raideur du cou, vomissements, éruption cutanée	024	Méningite
3	Forte fièvre, intermittente, avec frissons, prostration	030-031	Paludisme
4	Fièvre, sans précision	039	
5	Coloration jaune de la peau et du blanc des yeux	046	Jaunisse
6	Lésions et ulcérations de la peau, sans précision	049	
7	Diarrhée et vomissements, déshydratation massive, selles aqueuses	050	Choléra
8	Diarrhée, douleurs abdominales, selles sanguinolentes et mucopurulentes	060	Dysenterie amibienne
9	Diarrhée, sans précision	069	
10	Douleurs abdominales, contracture abdominale (ventre de bois)	070	Abdomen aigu
11	Autre douleur ou tuméfaction abdominale	071-072	
12	Toux chronique, perte de poids, sang dans les crachats, fièvre léqère	080-081	Tuberculose
13	Toux aigüe, fièvre, douleurs thoraciques, essouflement	082	Pneumonie
14	Irritation du nez et de la gorge, écoulement nasal aqueux, toux, fièvre	090	Rhume, infection des voies respiratoires supérieures
15	Respiration difficile, essouflement, douleurs thoraciques, chevilles enflées	100	Maladie de coeur
16	Brûlures en urinant, écoulement urétral purulent (homme)	113	Gonorrhée
17	Irritation et autres affections des yeux	12	
18	Mal de dents et autres affections de la bouche	130-133	

ANNEXE A-5 : (suite)

	Description	Numéro de la liste détaillée	Diagnostic possible
19	Mal d'oreille, écoulement	135	
20	Contracture des muscles masticateurs, spasmes musculaires, antécédent de plaie ou d'accouchement	141	Tétanos
21	Convulsions avec perte de conscience	147	Epilepsie
22	Paralysie, sans précision	148	
23	Perte de conscience, coma, sans précision	149	
24	Grossesse avec complications	151	Grossesse compliquée
25	Avortement	152	
26	Accouchement avec complications	154	Accouchement compliqué
27	Suites de couches avec complications	155	Suites de couches compliquée
28	Traumatisme pendant la naissance	162	Traumatisme obstétrical
29	Nouveau-né petit ou prématuré	163	Prématurité
30	Faiblesse, perte de poids, anémie, oedème, antécédent de régime carencé	170-171	Malnutrition
31	Douleur et enflure des articulations	175	Arthrite, Rhumatisme
32	Traumatismes graves	18	
33	Traumatismes superficiels	19	
34	Autres causes précisées		
	Autres motifs de recours aux services de santé		
35	Injection, vaccination	S 11	
36	Pansement des plaies	S 13	
37	Accouchement sans complication	S 14	
38	Autres actes	S 10, S 12, S 15	

ANNEXE A-5 : (suite et fin)

	Description	*Numéro de la liste détaillée*	*Diagnostic possible*
39	Consultation de santé maternelle et infantile	S 16	
40	Consultation de planification familiale	S 17	
41	Autres consultations	S 18	
42	Autres prestations	S 19	
	Causes extérieures de traumatismes		
43	Morsure ou piqûre d'animal venimeux	E 10	
44	Brûlure	E 11	
45	Chute	E 13	
46	Empoisonnement	E 14	
47	Accident de transport	E 15	
48	Autres causes extérieures	E 12, E 16-E 19	

*

* *

ANNEXE B-1 : QUESTIONNAIRE DU Dr. BIRAUD

INTERROGATOIRE D'UNE PERSONNE DECLARANT UN DECES POUR CONNAITRE LA CAUSE PROBABLE OU APPROXIMATIVE DE CE DECES ET, A CETTE FIN, SON CLASSEMENT DANS LA LISTE "NM"

L'agent posera tout d'abord les questions relatives à l'identité et aux caractères du défunt.

Si la date de naissance n'est pas connue, donner l'âge approximatif.

Puis, en ce qui concerne la cause du décès, poser les questions dans l'ordre ci-dessous. Si la réponse est négative, passer à la question suivante. Si elle est positive, on notera la cause (blessure, mort subite, par exemple) ou les symptômes caractéristiques (par exemple : mal de ventre sans diarrhée ; toux avec maladie courte ; fièvre avec éruption ; etc ...) et le numéro de la rubrique correspondante dans la liste "NM".

-:-:-:-:-:-:-:-:-:-:-

Le décès est-il du à :	Rubrique de la liste "NM"
- un accident ? ..... Si oui, classer à	1
- l'attaque d'un animal, venimeux ou non	2
- une blessure causée par autrui (homicide)	3
- un suicide	4
- une mort subite (mort qui ne soit due à aucune des causes précédentes mais qui n'a pas été précédée d'une maladie)	11
- à une maladie ? Si oui :	
. s'agit-il d'une femme morte à l'occasion d'une naissance ou pendant ses couches ?	5

ANNEXE B-1 : (suite)

	Rubrique de la liste "NM"
- le malade souffrait-il du ventre ?	
. si oui, avec diarrhée ?	6
. , sans diarrhée ?	7
. si non,	
- le malade était-il essouflé ?	
. si oui, sans toux, mais avec gonflement des jambes ?	10
. , avec toux et courte maladie ?	8
. , avec toux et longue maladie ?	9
- le malade avait-il de la difficulté à uriner ou souffrait-il en urinant ?	12
- le malade avait-il le blanc des yeux et la peau jaunes ?	
. si oui, avec une courte maladie ?	13
. , avec une longue maladie ?	14
- le malade avait-il une ou plusieurs grosseurs sur ou dans le corps ?	15
- le malade avait-il de la fièvre ?	
. si oui, avec de la toux et maladie courte ?	8
. et maladie longue ?	9
. , avec une éruption (des boutons) sur la peau ? ..... (dans ce cas, si on a reconnu la variole)	16
- le malade avait-il de la fièvre ?	
. avec un mal de tête et une raideur du cou particulièrement marqués et prolongés ?	17
- le malade avait-il une fièvre intermittente (des accès de fièvre séparés par des périodes normales) ?	18
- le malade avait-il de la fièvre sans aucun des signes ci-dessus ? .	19

ANNEXE B-1 : (suite et fin)

	Rubrique de la liste "NM"
- le malade avait-il une autre maladie ? . si on en sait le nom, indiquer ce nom à la colonne 15 et classer sous le	20
. si on n'en connaît pas le nom, écrire à la colonne 15, les faits les plus frappants de la maladie	
Si on ne peut rien savoir sur la cause du décès ou sur la maladie qui l'a précédé, classer au N°	21

-:-:-:-:-:-:-:-:-:-:-:-

*

* *

ANNEXE B-2 : QUESTIONNAIRE UTILISE EN HAUTE-VOLTA (1960-1961)

République de Haute-Volta *Enquête Démographique par sondage*

QUESTIONNAIRE : CAUSE DE DECES

Reporter d'abord les renseignements qui figurent sur la fiche collective :

Village : ..... N° ..... PERSONNE DECEDEE :

N° FAMILLE : ..... : Nom :

Date de l'enquête : ..... : Sexe :

Enquêteur : ..... : Age :

: Groupe ethnique :

: Date du décès :

: Lieu du décès :

Demander ensuite comment la personne est décédée et mettre une croix dans la case correspondante à la cause du décès :

.....

Accident à préciser :

.....

Si c'est une femme entre 14 et 50 ans, demander si elle était enceinte, si elle a avorté.

Si elle est morte à la suite d'un accouchement, combien de temps après :

.....

.....

ANNEXE B-2 (suite et fin)

Rougeole (M : Bi, D : Gnon-Nissa)

Coqueluche (M : Kons'Léo-Léo, D : Sogho-dialani)

Méningite (M : Zougou Bagha, D : Kandja Bana)

Maladie du sommeil (M : Ban-Masgha, D : Sinoro-Bana)
Koun-Koungou

Paludisme (M : Kom, D : Soumaya)

Accès pernicieux (M : Neng Sobeghé, D : Konanto)

Tuberculeux, toux avec longue maladie (M : Kons'togho, D : Soko Sokoghé)

Toux avec courte maladie

Essouflement avec gonflement des jambes et du corps

Vomissement et diarrhée (M : Sadon Wubden, D : Thon Kan)

Jaunisse de la peau et des yeux, longue maladie

Jaunisse de la peau et des yeux, courte maladie

Autres maladies à préciser, et observations :

Les noms en Mossi (M) et en Dioula (D) sont indiqués à titre d'exemple et s'il existe un autre nom local de maladie, inscrire sur la ligne correspondante.

*

* *

ANNEXE B-3 : EXTRAIT DE "LEXIQUES" DESTINES A FACILITER L'IDENTIFICATION DES MALADIES

NOMS DONNES A LA ROUGEOLE ET A LA VARIOLE DANS QUELQUES LANGUES PARLEES EN OUEST AFRICAIN

Langue	*Rougeole*	*Variole*
Wolof	N'gnas	N'Diambal
Peul	Douyodié, tiammé	Badé
Mossi	Bi	Gyéndiba
Dendi	Dobou-Dobou	Tadjidji
Bariba	Pouro-taou, Boussouka	Worou
Fon	Azon - vovo	Sagbata
Yoruba	Eyi	Ilégbona
Haoussa	Doussah, Bakwan dauro	Agena, ado
Tamachek	Loumi	Bedi

ETYMOLOGIE DE QUELQUES APPELLATIONS DONNEES A LA ROUGEOLE DANS DIVERSES LANGUES DE L'OUEST AFRICAIN

Maladie des enfants : Demsembara (Marka, Dédougou).
Koyodon (koyo : enfant - don : maladie - Fon).

En Mossi, d'après le dictionnaire du R.P. Alexandre, Bi : appellation de la rougeole, est aussi un radical portant l'idée du petit. La maladie serait aussi désignée par le mot bikalgha : graine d'oseille.

Eruption : petits boutons : pilé (Marka, Tougan), mousi-mousi (Dioula)
petit mil : Nioni-sa, nioni = petit mil - sa = mort (Bambara Dioula)
Bakwan dauro, dauro : mil (Hausa)

son de mil : dobou-dobou (Dendi), boussouka (Bariba), chiwum dusasa, disa, dusa (Haoussa)

fourmi rouge : sinkay (Bobo)

la sauce : pouindi (Gourmantché)

tendu à cause de la tension de peau : tarama (Wilé, dagari)

ANNEXE B-3 (suite et fin)

Fonte musculaire : pouro-taou de pouro : fesse - taou : flasque (Bariba)

Atteinte générale : dienguelé : faiblesse (Lobi)

Cause supposée de la maladie : fien = le vent (Marka, Sourou) parce que la maladie serait amenée par le vent.

*

* *

INSEE 150.1020.88.0

CENTRE FRANCAIS SUR LA POPULATION
ET LE DEVELOPPEMENT

15 rue de l'Ecole de Médecine
75270 Paris Cedex 06
Tél. (1) 46 33 99 41

Le CEPED est un Groupement d'Intérêt Scientifique (G.I.S.) constitué en 1988 entre les organismes suivants :

- EHESS (Ecole des Hautes Etudes en Sciences Sociales) ;
- INED (Institut National d'Etudes Démographiques) ;
- INSEE (Institut National de la Statistique et des Etudes Economiques) ;
- ORSTOM (Institut français de recherche scientifique pour le développement en coopération) ;
- Université Pierre et Marie Curie (Paris VI).

Le CEPED est administré par un comité de direction composé de représentants des organismes membres et dont le président est Léon TABAH. Le directeur du CEPED est Francis GENDREAU.

La création du CEPED répond à la volonté des organismes membres d'accroître l'efficacité de leurs actions en matière de recherche, de formation et de coopération avec les pays en développement, dans le domaine des interrelations entre la population et le développement.

Les activités de recherche du CEPED portent sur les méthodes d'observation et d'analyse, la dynamique des populations et les interactions entre la population et le développement (santé, famille, éducation, emploi, politiques de développement). Les travaux du CEPED sont définis et menés en liaison étroite avec les organismes partenaires des pays du Tiers-Monde (directions de la statistique, instituts de formation et de recherche, universités, ...) qui souhaitent instaurer des relations de coopération (échanges scientifiques et techniques, actions de formation, documentation, accueil des chercheurs, ...).

Coupon à découper et à retourner au CEPED
To be detached and returned to CEPED
15 rue de l'Ecole de Médecine 75270 Paris Cedex 06

Je souhaite être tenu régulièrement informé des activités du CEPED
I wish to be regularly informed about CEPED activities

Mme, Melle, M, ... Nationalité .....
(Nom en majuscules) *(Name in capital letters)* (prénom) *(surname)* *Nationality*
Organisme de travail ..... Fonction .....
Professional institution *Occupation* *☐
Adresse .....
Adress
Téléphone ..... Telex .....
Phone *Telex*

OPTIONAL FACULTATIF

Organisme de rattachement .....
Affiliating institution *☐
Adresse .....
Adress
Téléphone ..... Telex .....
Phone *Telex*

Adresse personnelle ..... *☐
Personal adress
Téléphone .....
Phone

*Mettez une croix en regard de l'adresse où vous souhaitez recevoir votre courrier
**Please tick the mailing adress*