



Synthèses de connaissances sur le **genre** et les systèmes **ESEC**



Synthèse 3, n° 3

Les dangers des préjugés sexistes dans les systèmes ESEC et les données sur les causes de décès : La voie vers l'inégalité en santé

Photo : Dominic Chavez / Banque mondiale

MESSAGES CLÉS

- **Partout dans le monde, les femmes et les hommes ne sont pas égaux sur le plan des résultats en santé.** Il est essentiel de comprendre ces différences pour concevoir et mettre en œuvre des politiques visant à réduire les inégalités entre les sexes.
- **Les systèmes ESEC fournissent des données essentielles désagrégées selon le sexe** sur le nombre de décès et les principales causes de décès survenant dans un pays.
- **Les préjugés sexistes peuvent résulter de diagnostics établis par des médecins, d'incitations à sous-déclarer certaines affections, ou de la déclaration inadéquate de certaines causes de décès propres aux femmes** (par exemple, les affections maternelles) qui ne sont alors pas signalées, ce qui influence sur la qualité et la représentativité dans les statistiques sur les causes de décès.
- **Les systèmes ESEC peuvent aider les pays à comprendre les inégalités entre les hommes et les femmes en matière de résultats en santé.** En fournissant des données opportunes et de routine sur le nombre de décès par âge et par sexe, les systèmes ESEC permettent aux pays de cerner et de comprendre plus facilement les changements dans les tendances relatives à la mortalité pour différents groupes de population au fil du temps.
- **La qualité de la déclaration des causes de décès des femmes varie selon les régions et le niveau de rendement des systèmes ESEC.** À l'échelle mondiale, la déclaration des causes de décès de femmes par les pays est de moins bonne qualité que la déclaration des causes de décès d'hommes.
- **Les systèmes ESEC jouent un rôle essentiel dans la documentation et la présentation des statistiques sur la violence sexospécifique.** Cependant, les systèmes de classification actuels rendent difficile la production d'estimations solides concernant la violence conjugale entraînant la mort, à l'aide des systèmes d'enregistrement de l'état civil.

INTRODUCTION

Les évidences indiquent que les femmes et les hommes ne sont pas égaux sur le plan des résultats en matière de santé, peu importe l'époque, l'emplacement et la culture (**Organisation mondiale de la Santé 2019**). Il existe des différences biologiques qui influent sur la probabilité de mourir à un certain âge, comme une espérance de vie plus élevée pour les femmes que pour les hommes, et certaines causes de mortalité chez les hommes, comme le cancer des testicules, ou chez les femmes, comme les décès liés à la grossesse. Cependant, le sexe biologique ne représente qu'une fraction de ces différences.

Il est essentiel de faire la différence entre le sexe et le genre. Dans le présent exposé, nous avons utilisé la définition du terme « sexe » de l'Organisation mondiale de la Santé (OMS) pour faire référence aux caractéristiques biologiques qui définissent les êtres humains comme hommes, femmes ou personnes intersexuées (**OMS 2019**). Quant au genre, il fait référence aux normes, aux rôles et aux relations entre les femmes, les hommes, les garçons et les filles qui sont définis par la société, ainsi qu'aux expressions et aux identités des femmes, des hommes, des garçons, des filles et des personnes de diverses identités de genre.

Il existe également des normes socioculturelles associées aux rôles sexospécifiques qui influent différemment sur l'expérience de vie des hommes et des femmes, ainsi que sur leur santé et leur bien-être (**Heymann et al. 2019**). Les mécanismes de ces répercussions

différentes comprennent l'exposition à différents facteurs de risque (**Hawkes et Buse 2013**), les inégalités dans l'accès aux soins de santé, les comportements spécifiques liés à la santé (**Vari et al. 2016**), et les normes sexospécifiques (**Weber et al. 2019**). La compréhension de ces différences aide les pays à concevoir et à mettre en œuvre des politiques qui visent à réduire les inégalités entre les sexes en matière de santé et à progresser vers la réalisation des objectifs de développement durable (ODD) (**ONU Femmes 2018; Tannenbaum et al. 2019**).

« Les indicateurs des objectifs de développement durable doivent être désagrégés le cas échéant, par revenu, sexe, âge, race, appartenance ethnique, statut migratoire, handicap et situation géographique, ou autres caractéristiques, conformément aux Principes fondamentaux de la statistique officielle (résolution 68/261 de l'Assemblée générale des Nations Unies) ».

Les pays ont besoin de données désagrégées par sexe et genre pour éclairer la prise de décisions en matière de politique de santé et accorder la priorité aux interventions qui améliorent l'état de santé de l'ensemble de la population et garantissent que personne n'est laissé pour compte (**Heymann et al. 2019**). Même si des progrès considérables ont été réalisés en matière de disponibilité des statistiques sexospécifiques¹, il existe encore des lacunes inacceptables (**Tannenbaum et al. 2019; Perez 2019**). Ce manque de données ventilées par sexe a brossé un tableau incomplet de la santé des femmes et des hommes, ainsi que des écarts qui persistent entre eux. Ces données

1 Les statistiques sexospécifiques sont définies comme des statistiques qui reflètent adéquatement les différences et les inégalités liées à la situation des femmes et des hommes dans tous les aspects de la vie (Nations Unies 2006).

sont nécessaires pour cerner les principaux défis et les principales possibilités d'accélérer les progrès en vue de mettre fin à l'extrême pauvreté et de stimuler la prospérité partagée de manière durable (**Banque mondiale 2016**).

Les systèmes ESEC sont chargés de saisir, d'enregistrer et de compiler tous les événements démographiques d'un pays, afin de produire des statistiques fiables et opportunes sur le nombre d'événements démographiques au sein d'un pays ou d'une région, y compris au moins les naissances, les décès et les causes de décès (**AbouZhar et al. 2019**). De plus, les statistiques de l'état civil sont la pierre angulaire des politiques démographiques et socioéconomiques, et fournissent aux décideurs d'un pays des renseignements essentiels pour l'allocation des ressources et les priorités en matière de santé, y compris la santé des femmes et des filles (**Phillips et al. 2015**).

Les systèmes ESEC sont essentiels pour le suivi et la réalisation de 12 des 17 ODD, en fournissant des renseignements concernant 67 des 232 indicateurs des ODD (**Mills et al. 2017**). Cela fait en sorte que les systèmes ESEC sont des outils efficaces pour l'autonomisation des femmes et essentiels pour combler les lacunes en matière de données sur les sexospécificités (**Dincu et Malambo 2019**). Soixante-treize indicateurs des ODD nécessitent une désagrégation par sexe, et 13 autres indicateurs ne s'appliquent qu'aux femmes, ce qui donne un total de 86 indicateurs sexospécifiques.

Le présent exposé examine les lacunes en matière de données sexospécifiques dans les systèmes de déclaration de décès, au moyen des systèmes ESEC du monde entier.

Nous décrivons les différences sur le plan de l'enregistrement des décès entre les hommes et les femmes, ainsi que la qualité des causes de décès qui leur est attribuée par les médecins. En outre, nous nous penchons plus particulièrement sur les décès causés par la violence sexospécifique et sur la manière dont ces décès sont (ou pas) signalés par les pays.

Les hommes, les femmes et les personnes d'autres genres sont confrontés à des problèmes de santé différents au cours de leur vie, et les principales causes de décès sont différentes pour chaque groupe. Notre étude examine les différents modèles d'enregistrement des décès, ainsi que la qualité des certificats de décès du point de vue du sexe. Comme les données disponibles ne comprenaient que des renseignements sur le sexe (masculin ou féminin), nous n'avons pas pu explorer les différences avec les identités intersexuées ou d'autres identités sexuelles non binaires.

À notre connaissance, il s'agit de la première et de la plus importante étude examinant la mortalité à l'échelle mondiale à partir d'une perspective sexospécifique. Nous avons utilisé la base de données sur la mortalité de l'OMS et avons inclus plus de 100 pays². Par ailleurs, notre analyse porte sur tous les pays dont la population dépasse 90 000 personnes et qui présentent des rapports à l'OMS depuis 2000. Il est important de se rappeler que les pays qui font rapport à l'OMS ont des systèmes ESEC relativement plus solides que ceux qui ne font pas rapport à l'OMS. Cela limite la généralisation de nos conclusions.

2 Nous avons inclus tous les pays ayant fait rapport à l'OMS depuis 2000, dont la population dépasse 90 000 personnes et dont le niveau d'exhaustivité de l'ensemble des données est supérieur à 70 pour cent.

SEXOSPÉCIFICITÉ, MORTALITÉ ET SYSTÈMES ESEC

Le rendement des systèmes ESEC en matière d'enregistrement des naissances et des décès est hétérogène dans le monde entier (**Bhatia et al. 2019**). Dans de nombreux pays à faible revenu et à revenu intermédiaire (PFR-PRI), le niveau d'exhaustivité de l'enregistrement est faible et la qualité des renseignements recueillis est inférieure aux normes internationales (**AbouZhar et al. 2019**). Même au sein d'un même pays, l'exhaustivité de l'enregistrement des décès n'est pas la même pour tous les groupes de population, ce qui signifie que les personnes n'ont pas toutes la même probabilité d'être enregistrées par le système ESEC à leur naissance ou à leur décès. Parmi les facteurs qui influent sur la probabilité qu'une personne soit enregistrée à la naissance ou après son décès, on peut citer le sexe de la personne décédée, une résidence en région rurale ou en région urbaine, le niveau d'éducation de la mère, le statut socioéconomique, ou la distance à parcourir pour se rendre à un bureau d'état civil (**Suthar et al. 2019; Peralta et al. 2019**).

Les différences entre les taux de mortalité des hommes et des femmes ont été minutieusement déclarées et analysées (**Alkema et al. 2014; Crimmins et al. 2019**). De nombreuses études ont cherché à savoir si ces différences sont le résultat du sexe biologique (**Waldron 1983**), de comportements de santé propres aux femmes ou aux hommes, ou de normes sociales liées aux rôles sexospécifiques (**Heymann et al. 2019**). La plupart de ces études supposaient que les femmes et les hommes étaient correctement

représentés dans les systèmes d'information sur l'enregistrement des faits d'état civil. Toutefois, on a moins cherché à savoir si les femmes ou les hommes ont été systématiquement exclus des systèmes d'enregistrement des faits d'état civil, ou si la qualité des renseignements enregistrés est différente. Cela est particulièrement important pour les décès qui surviennent dans des communautés ou des régions rurales où l'on adopte peu de mesures incitatives, voire des mesures dissuasives, à l'égard de l'enregistrement des décès (**Dincu et Malambo 2019**).

L'une des premières tentatives visant à démontrer que les femmes n'étaient pas prises en compte dans les systèmes ESEC a été l'analyse des taux de natalité et de mortalité en Inde, laquelle a conclu que la différence entre les rapports des sexes dans plusieurs pays asiatiques et européens était le résultat de la discrimination à l'égard des filles et des femmes (**Sen 1992**). Des études plus récentes menées en Équateur (**Peralta et al. 2019**) et au Brésil (**França et al. 2014**) révèlent non seulement des disparités entre les régions en ce qui concerne l'exhaustivité de l'enregistrement, mais aussi que les femmes sont moins susceptibles d'être enregistrées à leur décès. Ces études portaient également sur la qualité des causes de décès signalées au moyen du système d'enregistrement des décès. Elles ont conclu que les proportions de codes inutilisables³ et de codes mal définis⁴ étaient plus élevées chez les femmes que chez les hommes. On a fait état de la même situation dans une étude sur les décès dans les régions rurales au Maroc (**Silva 2016**).

3 Les codes inutilisables sont ceux qui n'ont aucune utilité pour éclairer les politiques de santé publique, car la cause sous-jacente du décès est trop vague, ou tout simplement impossible.

4 Codes présentés dans le chapitre XVIII de la classification CIM-10. Ce chapitre comprend les symptômes, les signes, les résultats anormaux d'interventions cliniques ou d'autres procédures d'enquête, ainsi que les affections mal définies pour lesquelles aucun diagnostic classable ailleurs n'est enregistré.

Lorsque les systèmes ESEC ne saisissent pas tous les décès, ils sont susceptibles de dénaturer certains groupes de population. En d'autres termes, il est peu probable que les statistiques produites par des systèmes incomplets d'enregistrement des faits d'état civil permettent d'obtenir une image réelle de la mortalité; elles reflètent plutôt les statistiques de ceux qui ont un plus grand accès aux services d'ESEC et mènent à des estimations biaisées des résultats mesurés. D'autre part, le renforcement des systèmes ESEC permettra d'obtenir des renseignements plus précis et de meilleure qualité, tant pour les femmes que pour les hommes, ce qui contribuera à mettre en évidence les différences entre les principales causes de décès.

Nous avons calculé le ratio des taux brut de mortalité chez les hommes par rapport aux femmes, et ce, dans tous les pays de l'ensemble de données sur la mortalité de l'OMS⁵. Cette analyse montre que le ratio des taux de mortalité des hommes et des femmes varie selon les pays et les régions. Les rapports des sexes entre les pays allaient d'un taux de mortalité plus élevé chez les femmes dans quelques pays (par exemple, la Norvège ou la Suisse) à un taux de mortalité plus élevé chez les hommes dans la plupart des pays. Par exemple, les pays d'Europe du Nord avaient un ratio médian de 0,95 pour la période étudiée, alors que ce dernier s'établissait à 1,31 dans les pays d'Amérique du Sud et centrale (Figure 1).

Si l'on observe la progression du ratio dans le temps, on peut observer deux phénomènes différents. Premièrement, au cours des 20 dernières années, les ratios de la plupart des régions se sont rapprochés de 1. Deuxièmement, les régions deviennent plus homogènes en

termes de ratios des taux de mortalité des hommes et des femmes, avec une gamme de ratios plus restreinte (voir les figures 2 et 3). Il est également évident que les différences considérables entre les pays et les régions tendent à diminuer au fil des ans, de sorte que l'on se rapproche du « rapport naturel des sexes » qui se situe entre 1,0 et 1,1. Cela signifie que la plupart des pays s'orientent vers une réduction de l'écart entre les taux de mortalité des hommes et des femmes. La distinction entre les taux de mortalité masculins et féminins dépend fortement des circonstances dans lesquelles vivent les personnes et des affections épidémiologiques liées à la mortalité (Crimmins et al. 2019). La fluctuation au fil du temps du niveau relatif des taux de mortalité des hommes et des femmes ne reflète pas simplement les changements épidémiologiques liés à la répartition des causes de décès, mais également les changements différentiels dans les expositions aux risques ou les tendances comportementales des hommes et des femmes (Yang et Kozloski 2012).

Les différences de taux de mortalité entre les pays et les tendances temporelles à la baisse de ceux-ci démontrent la nécessité de mieux tenir compte des causes sous-jacentes. Le fonctionnement des systèmes ESEC peut mettre en évidence ces différences comme première étape de la compréhension des inégalités en matière de résultats en santé chez les hommes et les femmes. En fournissant des données opportunes et de routine sur le nombre de décès par âge et par sexe, les pays pourront cerner et comprendre plus facilement les changements dans les tendances relatives à la mortalité pour différents groupes de population au fil du temps.

5 Nous avons calculé le taux brut de mortalité pour chaque pays, puis nous avons estimé le ratio hommes-femmes. Consulter la section « Note méthodologique » pour obtenir davantage de renseignements.

Figure 1. Ratio entre le taux de mortalité des hommes et celui des femmes en 2015.

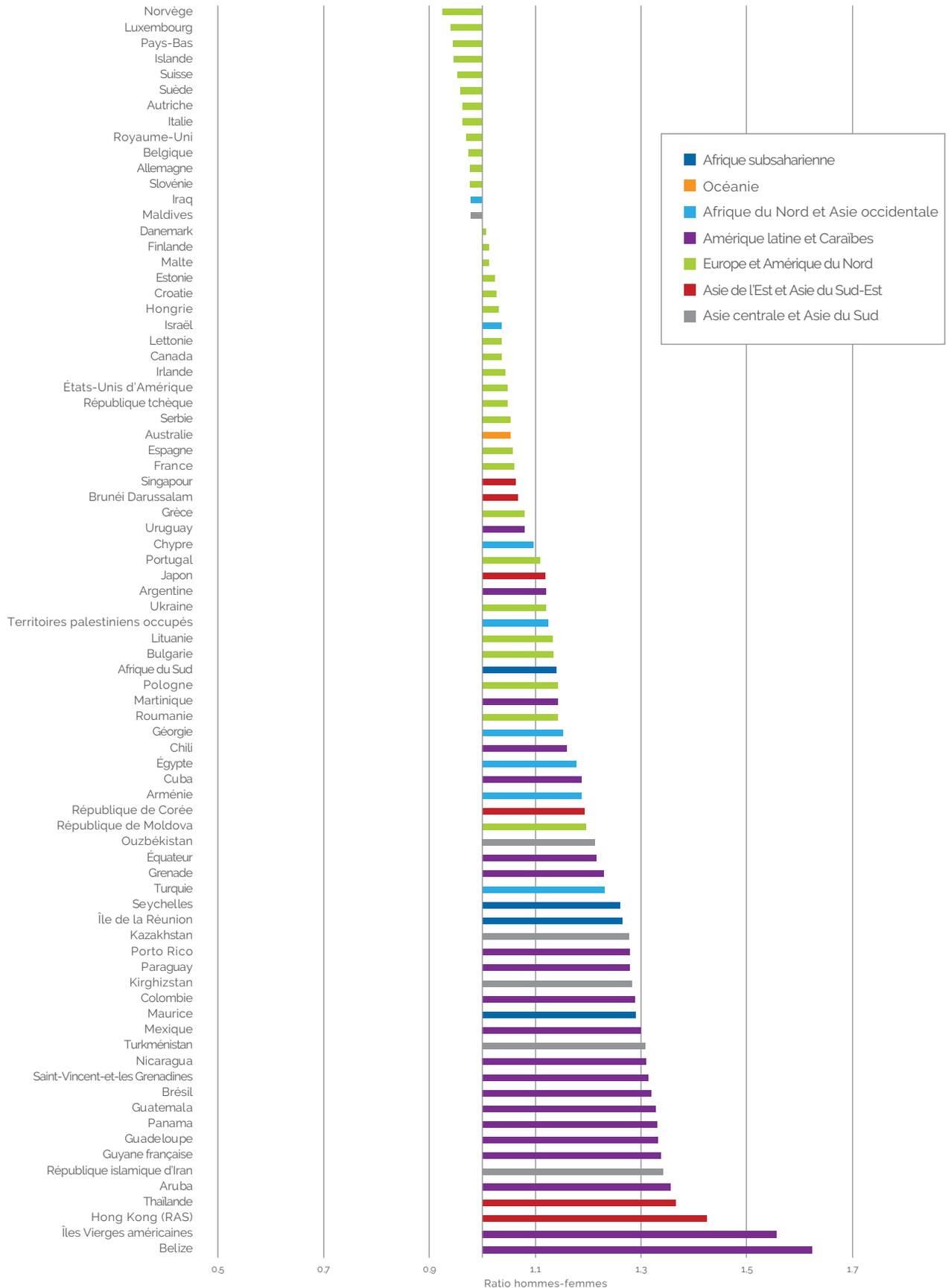
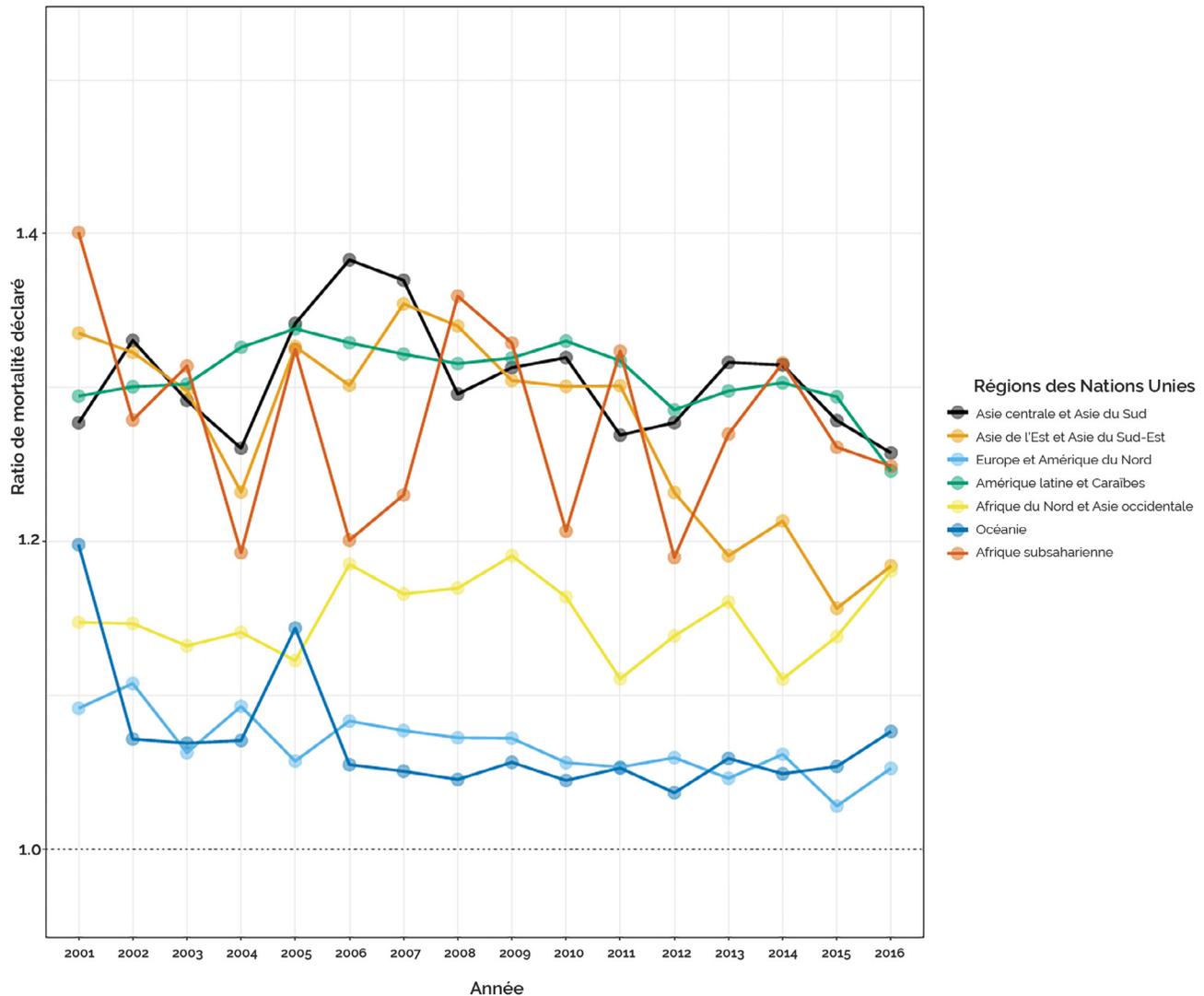


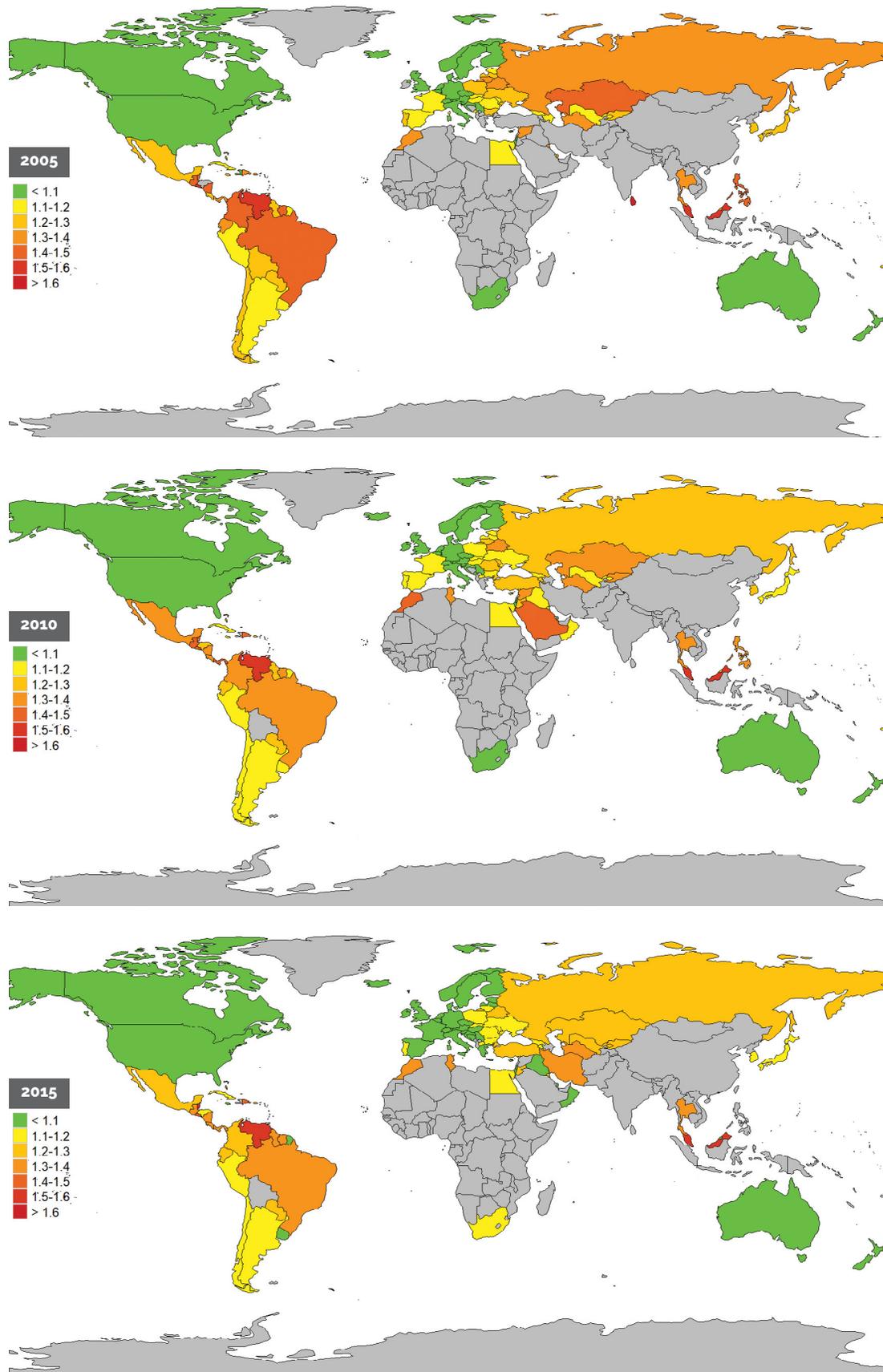
Figure 2. Ratio entre les taux de mortalité des hommes et ceux des femmes, par région, de 2000 à 2015.



Il convient de noter que l'ensemble de données sur la mortalité de l'OMS qui est utilisé dans cette analyse contient des données provenant de pays produisant des rapports sur cet ensemble de données. Il ne s'agit pas d'une sélection aléatoire de pays dans l'ensemble des régions ou des niveaux de revenu. Généralement, les pays inclus dans cet ensemble de données sont ceux qui disposent de systèmes ESEC fonctionnels et capables de produire régulièrement des statistiques sur les causes de décès. Comme mentionné

ci-dessus, il est prouvé que l'exhaustivité des systèmes d'enregistrement des faits d'état civil peut affecter le ratio des taux de mortalité des hommes et des femmes, puisque les femmes sont moins susceptibles d'être enregistrées dans ces environnements (Dincu et Malambo, 2019; Silva 2016). Enfin, il faudra recueillir d'autres données pour déterminer exactement la façon dont les rapports des sexes provenant des systèmes ESEC sont affectés par l'exhaustivité de l'enregistrement des naissances et des décès.

Figure 3. Carte des rapports hommes-femmes en ce qui concerne les décès déclarés.



PRÉJUGÉS DANS LE SYSTÈME DE SANTÉ ET CAUSES DE DÉCÈS

Tout au long de leur vie, les hommes et les femmes ont des besoins de santé différents et interagissent différemment avec le système de santé. Comme dans la société, les normes sexospécifiques sont intégrées dans les systèmes de santé, ce qui contribue aux disparités entre les hommes et les femmes en matière de résultats en santé. Historiquement, les différences sexospécifiques en matière de santé ont été négligées par les interventions des systèmes de santé. Les systèmes de santé ne sont pas neutres d'un point de vue sexospécifique, mais les interventions sanitaires sont conçues et mises en œuvre selon une approche qui ne tient pas compte de la sexospécificité et qui néglige les différences (Heymann et al. 2019; Hay et al. 2019; Percival et al. 2018). Cela a notamment contribué à l'incapacité de réduire la mortalité maternelle dans les régions les plus pauvres du monde, le taux d'incidence du VIH chez les jeunes filles en Afrique australe, et les taux de mortalité chez les jeunes hommes dus aux accidents de la route (Morgan et al. 2017; Gupta et al. 2019).

L'absence d'une optique sexospécifique a conduit à des préjugés dans le système de santé (Vong et al. 2019), et les préjugés sexistes⁶ ont des répercussions sur le diagnostic et le traitement des patients des deux sexes. Historiquement, seuls les participants de sexe masculin étaient inclus dans la recherche clinique, ce qui a entraîné un manque d'évidences et de connaissances sur les personnes d'autres genres (Hamberg 2008). Par ailleurs, les données probantes recueillies dans les pays à revenu élevé montrent que les préjugés sexistes contribuent à la mortalité excessive des femmes par rapport à la



Photo : Aye Zaw Myo / Banque mondiale

mortalité des hommes, dans des situations qui affectent les deux sexes au-delà des affections maternelles. Même si cette situation peut s'expliquer en partie par des réponses biologiques différentes chez les hommes et les femmes, comme le lien entre la ménopause et le risque de maladies cardiovasculaires (MCV), elle est également influencée par les préjugés sexistes des médecins, qui font en sorte que les hommes et les femmes sont traités et diagnostiqués différemment (Salles et al. 2019; Gudnadottir et al. 2017; Horton et al. 2016).

L'un des exemples les plus marquants de préjugés sexistes chez les médecins est lié aux maladies cardiovasculaires (Aggarwal et al. 2018). Par le passé, les MCV étaient considérées comme un problème de santé lié aux hommes, même si elles sont également la principale cause de décès chez les femmes

6 Les préjugés sexistes en médecine ont été décrits comme une négligence involontaire, mais systématique, des souhaits ou des besoins des femmes ou des hommes en matière de santé, ou comme une négligence des questions de sexospécificité liées au sujet d'intérêt.

(Woodward 2019). Les directives concernant la gestion des MCV chez les femmes s'appuyaient sur des études pour lesquelles on recrutait uniquement des hommes, ce qui a conduit à des recommandations de « mauvais traitements » pour les femmes. En outre, les médecins respectent moins l'application de ces protocoles pour les femmes (The Lancet 2019). Un nombre croissant de données montrent que les femmes sont moins susceptibles que les hommes de recevoir un traitement pour une cardiopathie ischémique, surtout si elles sont jeunes (Gudnadottir et al. 2017; D'Onofrio et al. 2015; Daugherty et al. 2017). De plus, les femmes souffrant d'un infarctus du myocarde sont moins susceptibles de recevoir un traitement de prévention secondaire, malgré les efforts considérables déployés récemment pour réduire les disparités entre les sexes dans la mise en œuvre des lignes directrices (Peters et al. 2018). En raison de ce traitement inégal et non fondé sur des données probantes, les résultats en santé des femmes sont plus mauvais que ceux des hommes après avoir souffert d'une MCV (Pagidipati et Peterson 2016).

Les femmes sont également affectées négativement par les préjugés sexistes des prestataires de soins de santé pour le traitement des troubles de santé mentale. Une étude sur l'égalité des sexes et la santé mentale qui a été menée en Chine a révélé des taux de schizophrénie nettement plus élevés chez les femmes que chez les hommes (Pearson 1995). La même étude a montré que l'occupation des lits d'hôpitaux ne reflétait pas le ratio hommes-femmes puisque les hommes étaient plus susceptibles d'occuper un lit.

Comment les préjugés sexistes dans les systèmes de santé peuvent-ils influencer sur les statistiques sur les causes de décès?

La modalité de référence pour la déclaration des causes de décès consiste à demander à un médecin de déterminer la cause sous-jacente de décès et de coder cette dernière en utilisant les règles et les procédures établies par la classification internationale des maladies pour les statistiques de mortalité et de morbidité (CIM) (OMS 2020). Entre autres facteurs, la qualité des statistiques sur les causes de décès dépend de la capacité du certificateur à déterminer la véritable cause sous-jacente du décès⁷ et à la déclarer conformément aux normes internationales.

Les erreurs dans les certificats de cause de décès sont courantes dans le monde entier, même dans les pays disposant de systèmes d'information sur la santé très avancés. Cela réduit considérablement la valeur politique des données sur la mortalité qui sont utilisées pour éclairer les décisions politiques (Mikkelsen et al. 2020). Dans six pays à revenu élevé, la qualité des certificats médicaux des causes de décès était sous-optimale, ce qui risquait de fausser la conception ou la mise en œuvre des interventions sanitaires (Mikkelsen et al. 2020). Cela est dû à un manque de formation des médecins sur la manière de remplir les certificats de décès, ce qui donne lieu à des rapports de mauvaise qualité (McGivern et al. 2017). Dans les PFR-PRI, ce problème de certification, combiné à de faibles taux d'enregistrement, rend les statistiques sur la mortalité pratiquement inutilisables (AbouZahr et al. 2019). Cela a des répercussions à plusieurs niveaux, allant des coûts plus élevés pour mener des enquêtes qui permettent d'estimer la charge de morbidité

7 La maladie ou la blessure à l'origine de l'événement morbide ayant causé directement la mort ou les circonstances de l'accident ou des actes de violence à l'origine de la blessure mortelle.

dans une population, au manque d'action pour aborder des priorités telles que les problèmes de santé des femmes (Mills et al. 2017).

Les préjugés sexistes dans les diagnostics établis par les médecins, les incitations à sous-déclarer certaines affections, ou l'absence d'incitations à enregistrer certaines causes de décès propres aux femmes, comme les affections maternelles, pourraient influencer sur la qualité des statistiques sur les causes de décès. Jusqu'à présent, peu de recherches ont été menées sur la manière dont les préjugés sexistes dans le système de santé influent sur la qualité des statistiques sur les causes de décès en termes de proportion de codes non spécifiques et d'affections ou de codes mal définis qui sont inutiles pour l'élaboration des politiques en matière de santé (anciennement appelés « codes poubelles »).

L'OMS préconise des recherches plus approfondies visant à étudier les différences liées au sexe en ce qui concerne l'exhaustivité de l'enregistrement des décès et les éventuels préjugés dans la déclaration des causes de décès (OMS 2019). Une analyse de la qualité et de l'exhaustivité des statistiques sur les causes de décès en Équateur a révélé que les codes inutilisables étaient plus nombreux dans les certificats de décès des femmes que ceux des hommes. C'était le cas dans toutes les régions du pays, surtout dans les zones autochtones (Peralta et al. 2019).

L'analyse de l'ensemble de données sur la mortalité de l'OMS, qui comprend plus de 113 millions de décès depuis 2000, indique que la qualité de l'attribution des causes de décès est en général plus mauvaise pour les femmes que pour les hommes, et ce pour toutes les années (Figure 4).

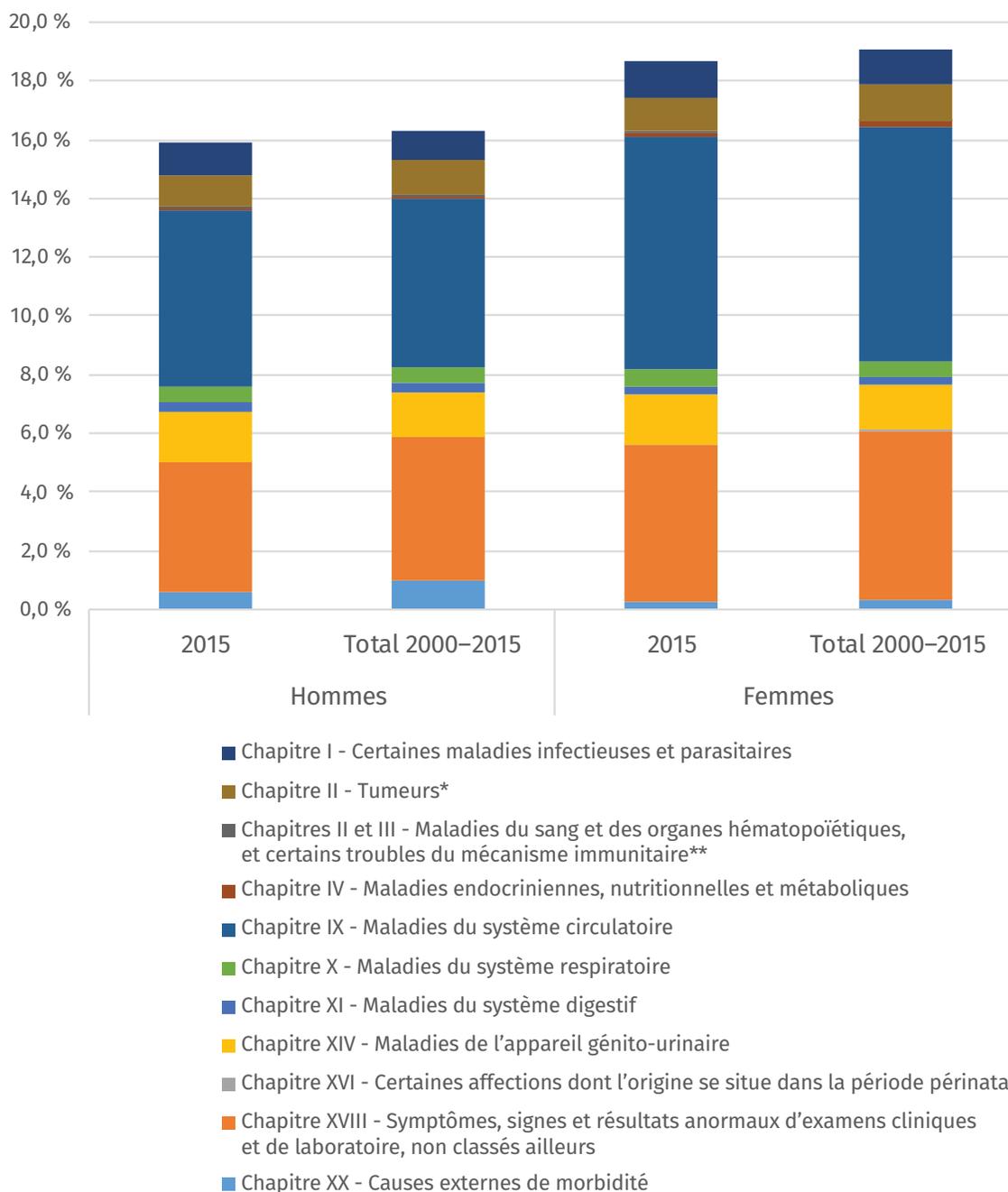
Lorsque nous examinons la répartition des codes inutilisables entre les chapitres de la CIM-10,

nous constatons que la plupart proviennent du chapitre IX (maladies du système circulatoire) et du chapitre XVIII (codes mal définis). Cette répartition des codes inutilisables est stable au fil du temps, de 2000 à 2015. Pour toutes les années combinées, 5,7 pour cent et 8 pour cent de l'ensemble des décès déclarés (pour les hommes et les femmes respectivement) ont reçu un code inutilisable inclus dans le chapitre IX. De même, on a attribué des codes mal définis à 4,9 pour cent et à 5,7 pour cent de l'ensemble des décès d'hommes et de femmes, respectivement. Par ailleurs, le chapitre sur les décès dus à des blessures et à d'autres causes externes a documenté un plus grand nombre de codes inutilisables pour les hommes que pour les femmes. Dans le chapitre XX de la CIM-10, 1 pour cent et 0,4 pour cent des causes de décès déclarées (pour les hommes et les femmes respectivement) ont reçu des codes inutilisables. Cela pourrait s'expliquer par la plus grande probabilité que les hommes meurent de leurs blessures par rapport aux femmes.

La désagrégation des codes inutilisables par groupe d'âge et par chapitre de la CIM-10 indique que les codes inutilisables sont plus fréquemment utilisés dans les tranches d'âge plus âgées et suivent une tendance semblable à celle décrite précédemment, avec une proportion plus élevée de codes inutilisables inclus dans les chapitres IX et XX de la CIM-10 (Table 1).

Il existe peu d'évidences concernant les différences entre les sexes en ce qui a trait à la qualité des certificats de décès. Nos conclusions soutiennent les travaux émergents en Équateur et au Brésil qui indiquent que les codes inutilisables étaient plus fréquents dans les certificats de décès des femmes que dans ceux des hommes (et qu'ils étaient uniformes dans chacune des régions des deux pays) (Peralta et al. 2019; França et al. 2014).

Figure 4. Proportion de codes inutilisables pour les politiques de santé dans la déclaration des causes de décès des hommes et des femmes.



* Ne comprend que les codes commençant par un « C »

** Comprend également les codes D00-D49

Tableau 1 : Proportion de codes inutilisables par groupe d'âge et par chapitre de la CIM-10 pour les hommes et les femmes.

Sexe	Chapitre de la CIM-10	Tranche d'âge					Total
		0-4	5-19	20-29	50-69	70+	
Hommes	Chapitre I - Certaines maladies infectieuses et parasitaires	2.1 %	1.0 %	0.9 %	1.0 %	1.0 %	1.0 %
	Chapitre II - Tumeurs*	0.1 %	0.3 %	0.6 %	1.5 %	1.2 %	1.2 %
	Chapitres II et III - Maladies du sang et des organes hématopoïétiques, et certains troubles du mécanisme immunitaire**	0.1 %	0.1 %	0.0 %	0.0 %	0.0 %	0.0 %
	Chapitre IV - Maladies endocriniennes, nutritionnelles et métaboliques	0.4 %	0.1 %	0.1 %	0.0 %	0.1 %	0.1 %
	Chapitre IX - Maladies du système circulatoire	1.9 %	2.0 %	3.0 %	5.2 %	7.0 %	5.7 %
	Chapitre X - Maladies du système respiratoire	0.8 %	0.5 %	0.4 %	0.5 %	0.6 %	0.5 %
	Chapitre XI - Maladies du système digestif	0.2 %	0.2 %	0.5 %	0.6 %	0.2 %	0.3 %
	Chapitre XIV - Maladies de l'appareil génito-urinaire	0.3 %	0.7 %	1.0 %	1.4 %	1.8 %	1.5 %
	Chapitre XVI - Certaines affections dont l'origine se situe dans la période périnatale	0.7 %	0.0 %	0.0 %	0.0 %	0.0 %	0.0 %
	Chapitre XVIII - Symptômes, signes et résultats anormaux d'examens cliniques et de laboratoire, non classés ailleurs	6.2 %	4.8 %	6.0 %	4.4 %	4.7 %	4.9 %
Chapitre XX - Causes externes de morbidité	0.8 %	7.0 %	4.3 %	0.7 %	0.2 %	1.0 %	
Femmes	Chapitre I - Certaines maladies infectieuses et parasitaires	2.0 %	1.6 %	1.3 %	1.3 %	1.1 %	1.2 %
	Chapitre II - Tumeurs*	0.1 %	0.5 %	1.2 %	1.9 %	1.1 %	1.2 %
	Chapitres II et III - Maladies du sang et des organes hématopoïétiques, et certains troubles du mécanisme immunitaire**	0.1 %	0.1 %	0.1 %	0.0 %	0.0 %	0.0 %
	Chapitre IV - Maladies endocriniennes, nutritionnelles et métaboliques	0.5 %	0.2 %	0.1 %	0.1 %	0.2 %	0.2 %
	Chapitre IX - Maladies du système circulatoire	2.0 %	2.9 %	3.5 %	5.4 %	9.4 %	8.0 %
	Chapitre X - Maladies du système respiratoire	0.8 %	0.7 %	0.5 %	0.5 %	0.6 %	0.6 %
	Chapitre XI - Maladies du système digestif	0.2 %	0.3 %	0.4 %	0.5 %	0.1 %	0.2 %
	Chapitre XIV - Maladies de l'appareil génito-urinaire	0.3 %	1.3 %	1.4 %	1.7 %	1.6 %	1.6 %
	Chapitre XVI - Certaines affections dont l'origine se situe dans la période périnatale	0.7 %	0.0 %	0.0 %	0.0 %	0.0 %	0.0 %
	Chapitre XVIII - Symptômes, signes et résultats anormaux d'examens cliniques et de laboratoire, non classés ailleurs	6.2 %	6.4 %	6.2 %	4.1 %	6.1 %	5.7 %
Chapitre XX - Causes externes de morbidité	0.8 %	4.3 %	1.8 %	0.4 %	0.1 %	0.4 %	

% de codes inutiles



La différence entre les sexes dans la qualité des statistiques sur les causes de décès est probablement le résultat d'une interaction complexe de multiples déterminants, allant des caractéristiques individuelles et biologiques aux facteurs liés aux systèmes de santé. Une explication possible de cette différence est que les femmes vivent plus longtemps que les hommes, ainsi que les constellations de maladies plus complexes qui rendent plus difficile la détermination de la cause sous-jacente du décès (Martins et al. 2016). De plus, les hommes meurent plus fréquemment de causes faciles à déterminer, comme des blessures, ce qui rend le codage de ces affections plus simple (Bhalla et al. 2010).

L'inégalité entre les sexes peut également s'expliquer par les préjugés sexistes au moment du diagnostic ou du traitement. Il existe plusieurs mécanismes qui peuvent influencer sur la qualité des certificats de décès, lesquels peuvent survenir isolément ou conjointement. Ces mécanismes comprennent :

- le manque de compréhension, de la part des médecins, des problèmes de santé des femmes (Dijkstra et al. 2008);
- les préjugés des médecins à l'égard des femmes et de certaines minorités (Woodward 2019);

- le fait que, dans certaines cultures, la vie des femmes est moins valorisée que celle des hommes (Kapilashramic et al. 2015; Bambra et al. 2009). Ce fait peut entraîner un investissement moins important en temps et en ressources pour clarifier les raisons de leur décès et être particulièrement pertinent pour les cas où une autopsie serait nécessaire.

Ces résultats suggèrent que la fiabilité des causes de décès enregistrées dans les systèmes ESEC est différente chez les hommes et les femmes. Des recherches supplémentaires seront nécessaires pour confirmer ces résultats à l'échelle locale et étudier les raisons sous-jacentes de cette différence.

LES DIMENSIONS SEXOSPÉCIFIQUES DE LA VIOLENCE CONJUGALE

En ce qui concerne les blessures, l'écart dans la fréquence de blessures entre les hommes et les femmes est frappant. Des recherches approfondies ont montré que les hommes sont quatre fois plus susceptibles de mourir des suites d'une blessure que les femmes (OMS 2019). En 2016, il y a eu plus de 3 millions de décès dus à des blessures dans le monde, dont la plupart ont été causées par des accidents de la route et des homicides (OMS 2019). En outre, la principale cause de décès par blessures chez les hommes et les femmes était les accidents de la route, suivis de la violence interpersonnelle.

Cependant, lorsqu'on examine les données ventilées par sexe concernant la violence interpersonnelle, on observe une différence importante : 38 pour cent des homicides de femmes sont commis par un partenaire intime, comparativement à 6 pour cent des homicides d'hommes (Stöckl et al. 2013). La violence conjugale (VC) est un type de violence sexospécifique infligée par le partenaire actuel ou l'ex-partenaire (Devries et al. 2013) de la victime, qui a des répercussions importantes

sur la santé physique, mentale, sexuelle et reproductive des femmes, et qui affecte également leurs enfants et leurs collectivités (Stöckl et al. 2013; Garcia-Moreno et al. 2006; Campbell 2002). Par ailleurs, la Banque mondiale estime qu'environ 350 millions de femmes ont subi de graves violences physiques de la part de leur conjoint (Sumner 2015), et l'OMS a déclaré que la VC est un « problème de santé publique mondial aux proportions épidémiques » (OMS 2013). Une étude portant sur plusieurs pays a révélé qu'entre 15,4 et 70,9 pour cent des femmes ayant déjà été mariées ou ayant vécu avec un partenaire ont déclaré avoir subi des violences physiques ou sexuelles de la part de leur partenaire (Garcia-Moreno et al. 2006). Cette même étude suggère que la prévalence de la VC est la plus élevée et qu'elle a les pires conséquences pour les femmes vivant dans les pays à faible revenu et à revenu intermédiaire (PFR-PRI) (Garcia-Moreno et al. 2006).

Soixante pour cent des pays du monde entier ne disposent d'aucune donnée d'ESEC utile concernant les décès par homicide (Butchart et Mikton 2014). Cette situation est particulièrement préoccupante dans les PFR-PRI où les décès sont enregistrés à l'aide de différents systèmes d'information (police, morgue ou secteur de la santé) et peuvent ne pas être pris en compte dans les statistiques nationales sur la mortalité (Samuel et al. 2012). De plus, l'ensemble des données probantes existantes montre que les estimations provenant des systèmes ESEC sous-estiment systématiquement le fardeau de la violence conjugale et la mortalité due à cette dernière (Devries et al. 2013; Redding 2017; Abrahams et al. 2009). Les données administratives sur la VC sont incomplètes et fragmentées, l'information étant dispersée dans les silos institutionnels et utilisant des codes non spécifiques. Une étude a révélé que, en l'état actuel des données en Angleterre, il n'était pas possible d'extraire activement des données sur

la VC aux fins de gouvernance ou de vérification, et que les codeurs étaient plus réticents à utiliser les codes relatifs à la VC que les codes relatifs aux agressions (Olive 2018). Par ailleurs, une étude réalisée en Afrique du Sud a révélé que la police ou les morgues recueillent la plupart des données sur les décès dus à la VC. Ces institutions ne sont généralement pas liées au secteur de la santé chargé de produire des données pertinentes pour la santé publique. En outre, dans les cas où l'information circule dans le secteur de la santé, la relation entre la victime et le contrevenant n'est généralement pas enregistrée, ce qui est essentiel pour identifier et prévenir la VC (Stöckl et al. 2013).

Tout cela conduit à un décalage entre ce que les pays déclarent au moyen de leur système de statistiques de l'état civil et les estimations mondiales concernant le nombre de décès dus à la VC. Cela tient en partie à la manière dont la VC peut être déclarée dans le système de classification CIM-10. Il n'y a que quatre codes grâce auxquels la relation avec l'agresseur peut être déclarée (T74.1, Y06, Y07 et Z63). Même si ces renseignements sont disponibles, les codeurs n'ont pas la possibilité de les communiquer de manière à ce qu'ils soient adéquatement reflétés dans les statistiques de l'état civil. Les codes relatifs aux agressions armées, aux noyades ou aux pendaisons ne font pas la différence entre la VC et les autres types de violence. Par conséquent, il n'existe pas d'estimations fiables concernant les décès dus à la VC qui proviennent des systèmes ESEC, car elles sont cachées dans d'autres codes de la CIM-10.

L'analyse de la base de données sur la mortalité de l'OMS, qui contient des données provenant de plus de 100 pays, a permis de constater que le nombre de décès dus à la VC s'est avéré très faible au cours des 20 dernières années (Figure 5). Nous avons estimé le nombre total



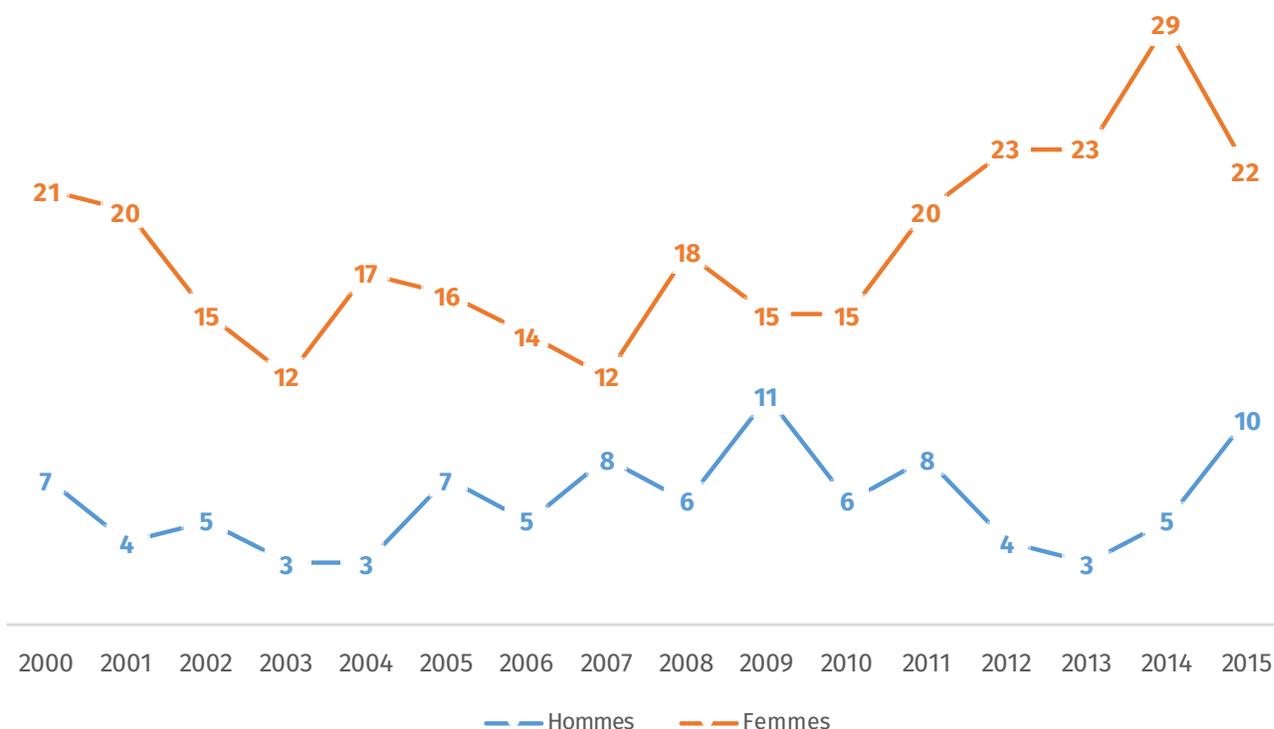
Photo : Vincent Tremeau / Banque mondiale

de décès codés pour l'un des codes propres à la VC dans le système de classification CIM-10⁸. Ces résultats diffèrent des conclusions présentées par Stöckl et al., qui ont estimé des taux d'homicides par VC beaucoup plus élevés. Il est fort probable que les pays déclarent les homicides par VC au chapitre XX de la CIM-10 (Causes externes de morbidité et de mortalité) à l'aide de codes qui ne sont pas spécifiques à la VC (par exemple, X93 – Agression par décharge d'une arme de poing).

Une analyse des homicides entre partenaires intimes à l'échelle mondiale estime que 13,5 pour cent de tous les homicides ont été perpétrés par un partenaire intime (Stöckl et al. 2013). En outre, les homicides dont l'auteur était un partenaire intime étaient six fois plus fréquents chez les femmes que chez les hommes. Cela signifie que plus d'un tiers des homicides de femmes ont été perpétrés par un partenaire intime. La plus grande différence a été constatée en Asie du Sud-Est, où 58,7 pour cent de tous les homicides de femmes sont considérés comme de la violence conjugale, comparativement à 0,87 pour cent des homicides d'hommes.

8 YY06.0, Y07.0, Z63.0-9, T74.1 et Z70.2

Figure 5. Nombre de décès déclarés à l'aide de codes CIM-10 spécifiques à la VC, de 2000 à 2015 (codes CIM-10 Y06.0 et Y07.0).



Par rapport à une analyse globale fondée sur de multiples sources d'information, les systèmes ESEC sous-déclarent les homicides de violence conjugale. Il est particulièrement inquiétant de constater que presque aucun PFR-PRI ne déclare ce type de décès, étant donné la prévalence particulièrement élevée de la violence à l'égard des femmes dans ces pays (Garcia-Moreno et al. 2006; Alesina et al. 2016).

Toutefois, l'enjeu dépasse la manière de coder les décès dus à la VC. Les systèmes ESEC qui ne sont pas arrivés à maturité peuvent contribuer aux faibles estimations concernant la VC. De plus, les systèmes d'information sur la mortalité qui sont fragmentés contribuent à la perte de renseignements essentiels pour la santé publique (Devries et al. 2013). Souvent, les décès dus à la VC sont enregistrés dans les morgues ou les postes de police, mais en

raison du manque d'intégration des systèmes d'information, ces décès sont souvent invisibles pour les statistiques officielles de l'état civil. Il s'agit d'un phénomène courant qui a également été décrit pour d'autres types de causes externes de décès, comme les accidents de la route (Bhalla et al. 2010).

RECOMMANDATIONS

- Le renforcement de la collecte de données de routine dans les systèmes ESEC pourrait aider les pays à comprendre les différences de mortalité entre les hommes et les femmes;
- Des efforts supplémentaires seront nécessaires pour améliorer la qualité de la détermination des causes de décès par le système ESEC, en particulier dans le cas des décès de femmes;

- Les systèmes de santé qui tiennent compte des sexospécificités nécessitent des renseignements fiables sur le nombre et les causes de décès des hommes et des femmes. Les pays doivent comprendre la nature des différences entre les sexes dans leurs statistiques sur la mortalité afin d'éviter les biais dans ces dernières;
- Actuellement, il existe peu de renseignements utiles provenant de systèmes ESEC peu performants. Des recherches supplémentaires seront nécessaires pour comprendre la façon dont l'exhaustivité influe sur le ratio hommes/femmes des décès, ainsi que la qualité de la déclaration des causes de décès;
- Les systèmes ESEC devraient fournir des estimations solides sur les décès dus à la violence sexospécifique. Pour ce faire, il faudra améliorer la classification des maladies et réaliser une refonte des systèmes de notification d'ESEC afin d'éviter les cloisonnements et les inefficacités.



Cet article a été rédigé par Daniel Cobos Muñoz, Carmen Sant et Rebeca Revenga Becedas du Département d'épidémiologie et de santé publique, de l'Institut tropical et de santé publique suisse, et de l'Université de Bâle, en Suisse; et par Doris Ma Fat de l'Organisation mondiale de la Santé, à Genève, en Suisse. Il fait partie de la série de synthèses des connaissances sur le genre et les systèmes ESEC, qui a été élaborée par le Centre d'excellence sur les systèmes d'enregistrement et de statistiques de l'état civil, en partenariat avec Open Data Watch. Nous remercions tout particulièrement Jan Hattendorf, de l'Institut tropical et de santé publique suisse, pour ses conseils statistiques et l'élaboration de certains graphiques.

La recherche présentée dans cette publication a été réalisée avec l'aide financière et technique du Centre d'excellence sur les systèmes d'enregistrement et de statistiques de l'état civil. Hébergée au Centre de recherches pour le développement international (CRDI), elle est financée conjointement par Affaires mondiales Canada et le CRDI. Les opinions qui y sont exprimées ne représentent pas nécessairement celles d'Affaires mondiales Canada, du CRDI ou du Conseil des gouverneurs de ce dernier.

*Citation suggérée : Cobos Muñoz, Daniel et al., 2020. **Les dangers des préjugés sexistes dans les systèmes d'enregistrement et de statistiques de l'état civil (ESEC) et les données sur les causes de décès : La voie vers l'inégalité en santé.** Série de synthèses des connaissances sur le genre et les systèmes ESEC. Centre d'excellence sur les systèmes d'enregistrement et de statistiques de l'état civil. Centre de recherches pour le développement international, Ottawa (Ontario).*

© Centre de recherches pour le développement international, 2020

Photo : Dominic Chavez / Banque mondiale



NOTE MÉTHODOLOGIQUE

L'analyse présentée dans ce document s'appuie sur l'ensemble de données sur la mortalité de l'OMS, qui est le plus grand ensemble de données contenant des renseignements sur les causes mondiales de décès. Au total, 137 pays déclarent les chiffres totaux annuels sur le nombre de décès par cause, âge et sexe. L'ensemble de données analysé contient un total de 113 608 547 décès enregistrés depuis 2000 (OMS 2019). Les données déclarées par les pays représentent, dans la plupart des cas, les décès enregistrés dans leur système ESEC et constituent leurs statistiques officielles sur la mortalité.

Pour les besoins de cette analyse, nous avons utilisé les données déclarées à partir de 2000 pour tous les pays dont la population est supérieure à 90 000 habitants, en nous appuyant sur des études semblables menées précédemment. De plus, nous n'avons inclus que les années déclarées à l'aide du système de classification CIM-10.

Nous avons calculé le nombre total de décès par cause, âge, sexe, pays et année de déclaration, et avons résumé les renseignements de différentes manières. Pour chaque année, nous avons calculé le ratio hommes/femmes des décès par pays ayant atteint un niveau d'exhaustivité des données d'au moins 70 pour cent.

La qualité des rapports sur les causes de décès a été évaluée en utilisant la répartition des codes inutilisables pour l'élaboration des politiques (anciennement appelés « codes poubelles »), pour les hommes et les femmes, et pour chaque chapitre de la CIM-10 (OMS 2014). Par ailleurs, il existe différents types d'erreurs que les médecins peuvent commettre lorsqu'ils certifient la cause sous-jacente d'un décès. Il est essentiel de comprendre ces types d'erreurs afin

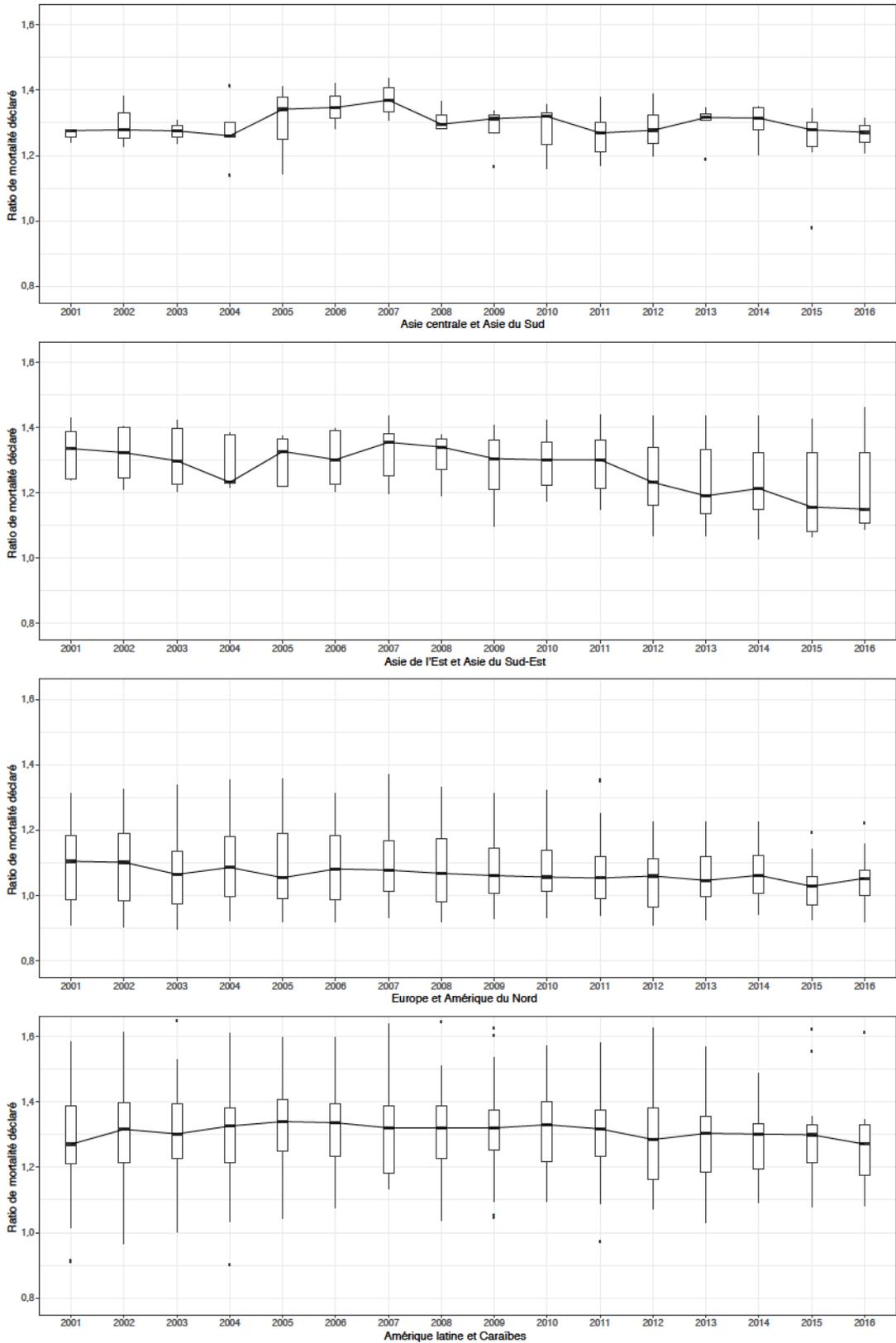
de prioriser les interventions visant à réduire le nombre de codes inutilisables (par exemple, les activités de formation).

Nous avons regroupé les codes et les pays dans les catégories suivantes définies dans la structure des estimations sanitaires mondiales et par région de l'OMS. Enfin, pour chaque année, nous avons estimé le nombre total de décès dans chaque pays qui pourraient être considérés comme étant dus à la violence conjugale (VC). Les codes CIM-10 relatifs à des gestes considérés comme de la VC étaient les suivants :

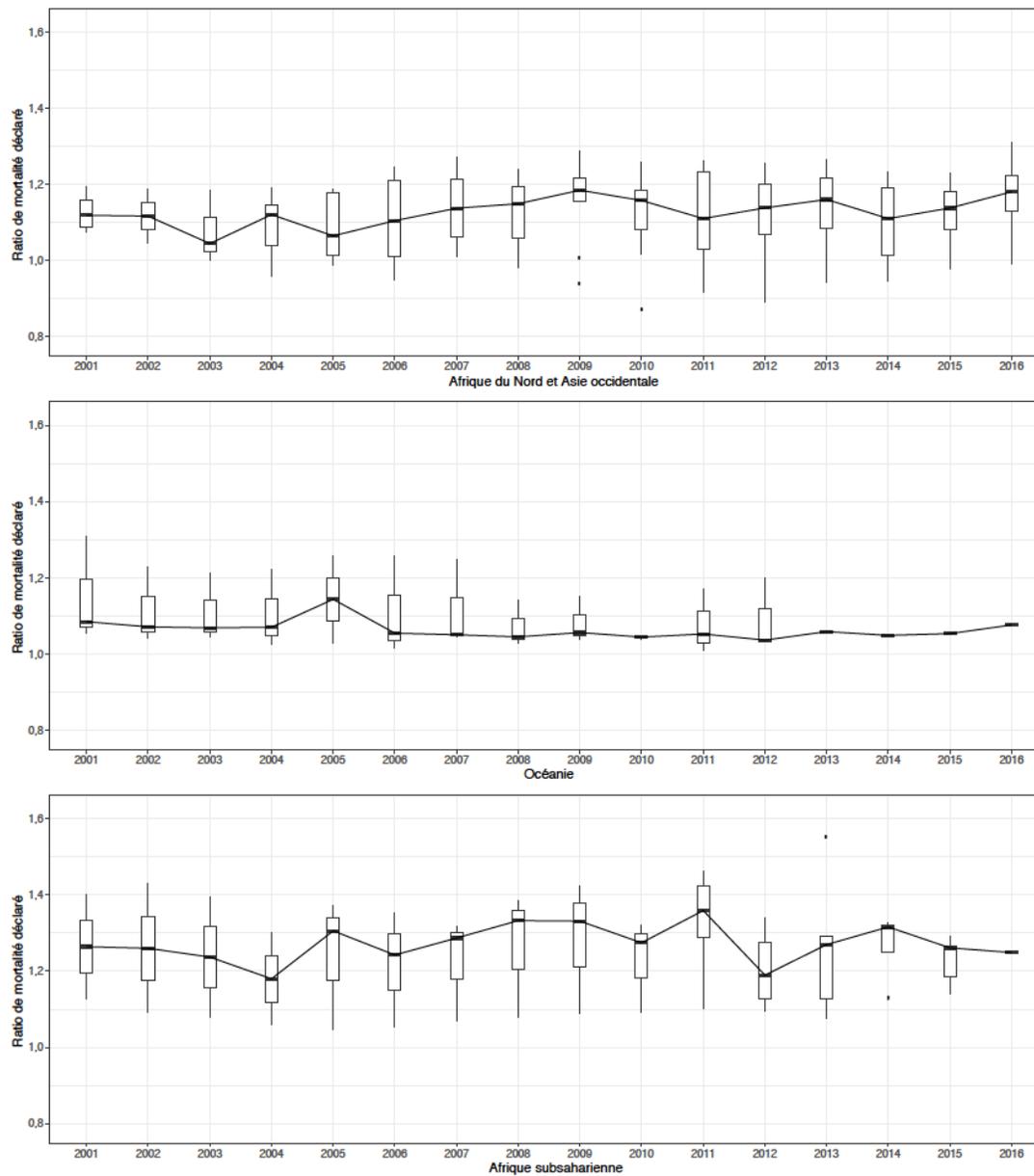
- Y06.0
- Y07.0
- Z63.0-9
- T74.1
- Z70.2

ANNEXE

Ratio hommes/femmes des décès déclarés dans différentes régions (2001-2016).



Ratio hommes/femmes des décès déclarés dans différentes régions (2001-2016). (suite)



RÉFÉRENCES

- AbouZahr, C. et al. 2019. « Civil Registration and Vital Statistics: A Unique Source of Data for Policy ». *The Palgrave Handbook of Global Health Data Methods for Policy and Practice*. London : Palgrave Macmillan UK, p. 125-44. [palgrave.com/gp/book/9781137549839](https://www.palgrave.com/gp/book/9781137549839)
- Abrahams, N. et al. 2009. Mortality of women from intimate partner violence in South Africa: A national epidemiological study. [researchgate.net/publication/26754902_Mortality_of_Women_From_Intimate_Partner_Violence_in_South_Africa_A_National_Epidemiological_Study](https://www.researchgate.net/publication/26754902_Mortality_of_Women_From_Intimate_Partner_Violence_in_South_Africa_A_National_Epidemiological_Study)
- Aggarwal, N. et al. 2018. « Sex Differences in Ischemic Heart Disease: Advances, Obstacles, and Next Steps ». *Circulation: Cardiovascular Quality and Outcomes*. 11(2): e004437. [ahajournals.org/doi/10.1161/CIRCOUTCOMES.117.004437](https://www.ahajournals.org/doi/10.1161/CIRCOUTCOMES.117.004437)
- Alesina, A. et al. 2016. « Violence against women: A cross-cultural analysis for Africa ». *National Bureau of Economic Research*. [nber.org/papers/w21901](https://www.nber.org/papers/w21901)
- Alkema, L. et al. 2014. « National, regional, and global sex ratios of infant, child, and under-5 mortality and identification of countries with outlying ratios: A systematic assessment ». *The Lancet Global Health*. 2(9): e521-e30. [thelancet.com/journals/langlo/article/PIIS2214-109X\(14\)70280-3/fulltext](https://www.thelancet.com/journals/langlo/article/PIIS2214-109X(14)70280-3/fulltext)
- Auteur inconnu (éditorial). 2019. « Cardiology's problem women ». *The Lancet*. 393(10175). [thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736\(19\)30510-0/fulltext](https://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736(19)30510-0/fulltext)
- Banque mondiale. 2016. « More and Better Gender Data: A Powerful Tool for Improving Lives ». [worldbank.org/en/results/2016/05/09/more-and-better-gender-data-a-powerful-tool-for-improving-lives](https://www.worldbank.org/en/results/2016/05/09/more-and-better-gender-data-a-powerful-tool-for-improving-lives)
- Bambra, C. et al. 2009. « Gender, health inequalities and welfare state regimes: a cross-national study of 13 European countries ». *Journal of Epidemiology and Community Health*. 63(1): 38-44. jech.bmj.com/content/63/1/38
- Bhalla, K. et al. 2010. « Availability and quality of cause-of-death data for estimating the global burden of injuries ». *Bulletin of the World Health Organization*. 88(11): 831-8C. [who.int/bulletin/volumes/88/11/09-068809/en/](https://www.who.int/bulletin/volumes/88/11/09-068809/en/)
- Bhatia, A. et al. 2019. « Are inequities decreasing? Birth registration for children under five in low-income and middle-income countries 1999–2016 ». *BMJ Global Health*. 4(6). gh.bmj.com/content/4/6/e001926
- Butchart, A. et Mikton, C. 2014. Global status report on violence prevention. Genève : OMS. [who.int/violence_injury_prevention/violence/status_report/2014/en/](https://www.who.int/violence_injury_prevention/violence/status_report/2014/en/)
- Campbell, J.C. 2002. « Health consequences of intimate partner violence ». *The Lancet*. 359(9314): 1331-6. [thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736\(02\)08336-8/fulltext](https://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736(02)08336-8/fulltext)
- Crimmins, E.M. et al. 2019. « Differences between men and women in mortality and the health dimensions of the morbidity process ». *Clinical Chemistry*. 65(1): 135-45. academic.oup.com/clinchem/article/65/1/135/5607909
- Daugherty, S.L. et al. 2017. « Implicit Gender Bias and the Use of Cardiovascular Tests Among Cardiologists ». *Journal of the American Heart Association*. 6(12). [ahajournals.org/doi/full/10.1161/jaha.117.006872](https://www.ahajournals.org/doi/full/10.1161/jaha.117.006872)
- Devries, K.M. et al. Global health. 2013. « The global prevalence of intimate partner violence against women ». *Science*. 340(6140): 1527-8. [science.sciencemag.org/content/340/6140/1527](https://www.science.sciencemag.org/content/340/6140/1527)

Dijkstra, AF et al. 2008. « Gender bias in medical textbooks: examples from coronary heart disease, depression, alcohol abuse and pharmacology ». *Medical Education*. 42(10): 1021-8. onlinelibrary.wiley.com/doi/abs/10.1111/j.1365-2923.2008.03150.x

Dincu, I. et Malambo, N. 2019. *Rendre l'invisible visible : Comment les systèmes ESEC contribuent à l'autonomisation des femmes et des filles. Série de synthèses des connaissances sur le genre et les systèmes ESEC. Centre d'excellence sur les systèmes d'enregistrement et de statistiques de l'état civil. Centre de recherches pour le développement international, Ottawa (Ontario).* crvssystem.ca/sites/default/files/inline-files/CRVS_Gender_1.1_InvisibleVisible_f_WEB.pdf

D'Onofrio, G. et al. 2015. « Sex differences in reperfusion in young patients with ST-segment-elevation myocardial infarction: Results from the VIRGO study ». *Circulation*. 131(15):1324-32. ahajournals.org/doi/10.1161/CIRCULATIONAHA.114.012293

França, E. et al. 2014. « Ill-defined causes of death in Brazil: a redistribution method based on the investigation of such causes ». *Rev Saúde Pública*. 48: p. 671-81. researchgate.net/publication/265559256_Ill-defined_causes_of_death_in_Brazil_A_redistribution_method_based_on_the_investigation_of_such_causes

Garcia-Moreno, C. et al. 2006. « Prevalence of intimate partner violence: Findings from the WHO multi-country study on women's health and domestic violence ». *The Lancet*. 368(9543): 1260-9. sciencedirect.com/science/article/pii/S0140673606695238

Gudnadottir, G. et al. 2017. « Gender differences in coronary angiography, subsequent interventions, and outcomes among patients with acute coronary syndromes ». *American Heart Journal*. 191: 65-74. sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S0002870317301965

Gupta, G. et al. 2019. « Gender equality and gender norms: Framing the opportunities for health ». *The Lancet*. 393(10190): 2550-62. sciencedirect.com/science/article/pii/S0140673619306518

Hamberg, K. 2008. « Gender bias in medicine ». *Women's Health (London)*. 4(3): 237-43. journals.sagepub.com/doi/full/10.2217/17455057.4.3.237

Hawkes, S. et Buse, K. 2013. « Gender and global health: Evidence, policy, and inconvenient truths ». *The Lancet*. 381(9879): 1783-7. [thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736\(13\)60253-6/fulltext?_eventId=login](https://thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736(13)60253-6/fulltext?_eventId=login)

Hay, K. et al. 2019. « Disrupting gender norms in health systems: Making the case for change ». *The Lancet*. 393(10190): 2535-49. sciencedirect.com/science/article/pii/S0140673619306488

Heymann, J. et al. 2019. « Improving health with programmatic, legal, and policy approaches to reduce gender inequality and change restrictive gender norms ». *The Lancet*. 393(10190): 2522-34. [thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736\(19\)30656-7/fulltext](https://thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736(19)30656-7/fulltext)

Horton, K. et al. 2016. « Sex Differences in Tuberculosis Burden and Notifications in Low- and Middle-Income Countries: A Systematic Review and Meta-analysis ». *PLOS Medicine*. 13(9): e1002119. journals.plos.org/plosmedicine/article?id=10.1371/journal.pmed.1002119#abstracto

Kapilashrami, A. et al. 2015. « What can health inequalities researchers learn from an intersectionality perspective? Understanding social dynamics with an inter-categorical approach? ». *Social Theory & Health*. 13(3-4): 288-307. link.springer.com/article/10.1057%2Fsth.2015.16

Martins, D.F.J. et al. 2016. « Trends in mortality from ill-defined causes among the elderly in Brazil, 1979–2013: ecological study ». *Sao Paulo Medical Journal*. 134(5): 437-45.

scielo.br/pdf/spmj/v134n5/1806-9460-spmj-134-05-00437.pdf

McGivern, L. et al. 2017. « Death Certification Errors and the Effect on Mortality Statistics ». *Public Health Reports*. Washington, D.C. 1974.

132(6): 669-75. journals.sagepub.com/doi/pdf/10.1177/0033354917736514

Mikkelsen, L. et al. 2020. « Assessing the quality of cause of death data in six high-income countries: Australia, Canada, Denmark, Germany, Japan and Switzerland ». *International Journal of Public Health*. link.springer.com/article/10.1007/s00038-019-01325-x

Mills, S. et al. 2017. Système d'enregistrement des faits d'état civil et de l'établissement des statistiques de l'état civil (ESEC) pour le suivi des objectifs visant le développement durable. Banque mondiale. documents.worldbank.org/curated/en/979321495190619598/Civil-registration-and-vital-statistics-CRVS-for-monitoring-the-Sustainable-development-goals-SDGS

Morgan, R. et al. 2017. « Gender dynamics affecting maternal health and health care access and use in Uganda ». *Health Policy and Planning*. 32(suppl_5):v13-v21. academic.oup.com/heapol/article/32/suppl_5/v13/4718137

Olive, P. 2018. « Intimate partner violence and clinical coding: Issues with the use of the International Classification of Disease (ICD-10) in England ». *Journal of Health Services Research*. 23(4):212-21. journals.sagepub.com/doi/10.1177/1355819618781413

ONU Femmes. 2018. « Turning promises into action: Gender equality in the 2030 Agenda for Sustainable Development ». New York. unwomen.org/en/digital-library/publications/2018/2/gender-equality-in-the-2030-agenda-for-sustainable-development-2018

Organisation mondiale de la Santé. 2020. Classification statistique internationale des maladies et des problèmes de santé connexes. Dixième version. Genève. apps.who.int/iris/handle/10665/44082

Organisation mondiale de la Santé. 2014. WHO Methods and Data Sources for Country-level Causes of Death 2000-2012. Genève. who.int/healthinfo/statistics/GlobalCOD_method.pdf

Organisation mondiale de la Santé. 2019. Base de données sur la mortalité de l'OMS. Genève. who.int/healthinfo/mortality_data/en/

Organisation mondiale de la Santé. 2018. World Health Statistics 2018: Monitoring Health for the SDGs, Sustainable Development Goals. Genève. who.int/gho/publications/world_health_statistics/2018/en/

Organisation mondiale de la Santé. 2013. Global and regional estimates of violence against women: Prevalence and health effects of intimate partner violence and non-partner sexual violence. Genève. who.int/reproductivehealth/publications/violence/9789241564625/en/

Pagidipati, N.J. et Peterson, E.D. 2016. « Acute coronary syndromes in women and men ». *Nature Reviews Cardiology*. 13(8):471-80. nature.com/articles/nrcardio.2016.89

Pearson, V. 1995. « Goods on which one loses: Women and mental health in China ». *Social Science & Medicine*. 41(8):1159-73. sciencedirect.com/science/article/abs/pii/027795369400424R?via%3Dihub

- Peralta, A. et al. 2019. « Evaluation of the mortality registry in Ecuador (2001–2013): Social and geographical inequalities in completeness and quality ». *Population Health Metrics*. 17(1):3. pophealthmetrics.biomedcentral.com/articles/10.1186/s12963-019-0183-y
- Percival, V. et al. 2018. « Are health systems interventions gender blind? Examining health system reconstruction in conflict affected states ». *Globalization and Health*. 14(1):90. globalizationandhealth.biomedcentral.com/articles/10.1186/s12992-018-0401-6
- Perez, C. 2019. *Invisible Women: Exposing Data Bias in a World Designed for Men*. Penguin Random House. penguin.co.uk/books/111/1113605/invisible-women/9781784706289.html
- Peters, S.A.E. et al. 2018. « Sex Differences in High-Intensity Statin Use Following Myocardial Infarction in the United States ». *Journal of the American College of Cardiology*. 71(16):1729–37. onlinejacc.org/content/71/16/1729
- Phillips David, E. et al. 2015. « Are well functioning civil registration and vital statistics systems associated with better health outcomes? ». *The Lancet*. 386:1386–94. [thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736\(15\)60172-6/fulltext](https://thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736(15)60172-6/fulltext)
- Redding, E. 2017. « Gender inequality and violence against women in Spain, 2006–2014: Towards a civilized society ». *Gaceta Sanitaria*. 31(2):82–8. sciedirect.com/science/article/pii/S0213911116301923?via%3Dihub
- Salles, A. et al. 2019. « Estimating Implicit and Explicit Gender Bias Among Health Care Professionals and Surgeons ». *JAMA Network Open*. 2(7): e196545. jamanetwork.com/journals/jamanetworkopen/fullarticle/2737309
- Samuel, J. et al. 2012. « Under-Reporting of Road Traffic Mortality in Developing Countries: Application of a Capture-Recapture Statistical Model to Refine Mortality Estimates ». *PLOS ONE*. 7(2): e31091. journals.plos.org/plosone/article?id=10.1371/journal.pone.0031091
- Sen, A. 1992. « Missing women ». *The British Medical Journal*. 304(6827):587–8. bmj.com/content/304/6827/587
- Silva, R. 2016. « Disentangling sex-differentials in death registration and mortality estimates: preliminary findings from Morocco and Kuwait ». Réunion du groupe d'experts sur la méthodologie et les enseignements tirés des évaluations des systèmes ESEC. Nations Unies. un.org/en/development/desa/population/events/pdf/expert/26/presentations/Session3/silva-DDMs-slides-2016-11-03.pdf
- Stöckl, H. et al. 2013. « The global prevalence of intimate partner homicide: A systematic review ». *The Lancet*. 382(9895):859–65. sciedirect.com/science/article/pii/S0140673613610302
- Sumner, C. 2015. « Indonesia's Missing Millions: Erasing Discrimination in Birth Certification in Indonesia ». Center for Global Development. Washington, D.C. cgdev.org/publication/indonesias-missing-millions-erasing-discrimination-birth-certification-indonesia
- Suthar, A.B. et al. 2019. « Evaluation of approaches to strengthen civil registration and vital statistics systems: A systematic review and synthesis of policies in 25 countries ». *PLOS Medicine*. 16(9): e1002929. journals.plos.org/plosmedicine/article?id=10.1371/journal.pmed.1002929
- Tannenbaum, C. et al. 2019. « Sex and gender analysis improves science and engineering ». *Nature*. 575(7781):137–46. nature.com/articles/s41586-019-1657-6

Vari, R. et al. 2016. « Gender-related differences in lifestyle may affect health status ». *Annali dell'Istituto superiore di sanita*. 52(2):158-66. annali-iss.eu/index.php/anna/article/view/417

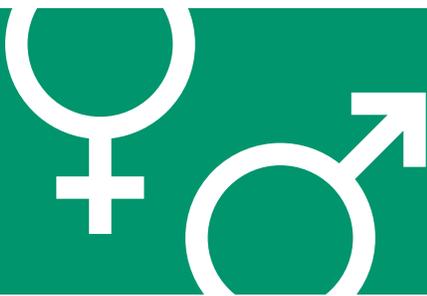
Vong, S. et al. 2019. « Why are fewer women rising to the top? A life history gender analysis of Cambodia's health workforce ». *BMC Health Services Research*. 19(1):595. bmchealthservres.biomedcentral.com/articles/10.1186/s12913-019-4424-3

Waldron, I. 1983. « Sex differences in human mortality: The role of genetic factors ». *Social Science & Medicine*. 17(6):321-33. sciencedirect.com/science/article/abs/pii/0277953683902344

Weber, A. et al. 2019. « Gender norms and health: Insights from global survey data ». *The Lancet*. 393(10189):2455-68. sciencedirect.com/science/article/pii/S0140673619307652

Woodward, M. 2019. « Cardiovascular Disease and the Female Disadvantage ». *International Journal of Environmental Research and Public Health*. 16(7). mdpi.com/1660-4601/16/7/1165

Yang, Y. et Kozloski, M. 2012. « Change of sex gaps in total and cause-specific mortality over the life span in the United States ». *Annals of Epidemiology*. 22(2):94-103. sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S1047279711003140?via%3Dihub



LE CENTRE D'EXCELLENCE
sur les systèmes ESEC

CENTRE OF EXCELLENCE
for CRVS Systems

www.systemesESEC.ca



Affaires mondiales
Canada

Global Affairs
Canada



IDRC | CRDI

International Development Research Centre
Centre de recherches pour le développement international

Nous Soutenons le



**MÉCANISME DE
FINANCEMENT
MONDIAL**