



VINGT-NEUVIÈME ASSEMBLÉE MONDIALE DE LA SANTÉ

Point 3.9 de l'ordre du jour provisoire

RAPPORT DE LA CONFÉRENCE INTERNATIONALE POUR LA NEUVIÈME RÉVISION
DE LA CLASSIFICATION INTERNATIONALE DES MALADIES

Le rapport de la Conférence internationale pour la Neuvième Révision de la Classification internationale des Maladies a été présenté au Conseil exécutif à sa cinquante-septième session. Le rapport¹ est maintenant transmis à la Vingt-Neuvième Assemblée mondiale de la Santé conformément au paragraphe 2 de la résolution EB57.R34² adoptée par le Conseil exécutif.

Dans sa résolution EB57.R34, le Conseil a appelé l'attention de l'Assemblée de la Santé sur les recommandations de la Conférence concernant :

- a) la Neuvième Révision de la Classification internationale des Maladies, qui prendra effet le 1er janvier 1979;
- b) les classifications des Actes médicaux et des Incapacités et Handicaps, qui seront publiées comme suppléments de la Classification internationale des Maladies, mais n'en feront pas partie intégrante;
- c) la mortalité maternelle et périnatale, y compris une formule de certificat médical de la cause de décès périnatal;
- d) le choix d'une cause unique pour les statistiques de morbidité;
- e) l'assistance aux pays pour la collecte des données de morbidité et de mortalité par du personnel non médical ou paramédical;
- f) les activités futures en matière de classification de l'information sanitaire.

Le Conseil a d'autre part prié le Directeur général d'étudier la possibilité d'établir une Nomenclature internationale des Maladies pour compléter la Classification internationale des Maladies.

En ce qui concerne le Manuel de la Neuvième Révision de la Classification internationale des Maladies, l'Assemblée de la Santé, conformément au précédent établi lors de la Septième³ et de la Huitième⁴ Révision, souhaitera peut-être envisager l'adoption d'une résolution ainsi conçue :

¹ Document WHO/ICD9/REV.CONF/75.24 Rev.1.

² OMS, Actes officiels N° 231, Partie I, 1976, p. 25.

³ Voir résolution WHA9.29 (OMS, Recueil des résolutions et décisions, Vol. I, 1973, page 175).

⁴ Voir résolution WHA19.44 (OMS, Recueil des résolutions et décisions, Vol. I, 1973, page 175).

La Vingt-Neuvième Assemblée mondiale de la Santé,

Ayant examiné le rapport de la Conférence internationale pour la Neuvième Révision de la Classification internationale des Maladies,

1. ADOPTE la liste détaillée de rubriques à trois chiffres et sous-rubriques facultatives à quatre chiffres recommandée par la Conférence en tant que Neuvième Révision de la Classification internationale des Maladies, qui prendra effet le 1er janvier 1979;
2. ADOPTE les règles recommandées par la Conférence touchant le choix d'une cause unique pour les statistiques de morbidité;
3. ADOPTE les recommandations de la Conférence concernant les statistiques relatives aux décès périnataux et maternels, notamment l'établissement d'un certificat spécial de cause de décès périnatal à utiliser dans toute la mesure possible; et
4. PRIE le Directeur général de publier une nouvelle édition du Manuel de la Classification statistique internationale des Maladies, Traumatismes et Causes de Décès.

En ce qui concerne les autres recommandations de la Conférence, l'Assemblée de la Santé souhaitera peut-être envisager l'adoption d'une deuxième résolution ainsi conçue :

La Vingt-Neuvième Assemblée mondiale de la Santé,

Prenant note des recommandations de la Conférence internationale pour la Neuvième Révision de la Classification internationale des Maladies touchant les activités relatives à la Classification,

1. APPROUVE la publication, à titre d'essai, de classifications des Incapacités et Handicaps et des Actes médicaux sous forme de suppléments mais non comme partie intégrante de la Classification internationale des Maladies;
2. FAIT SIENNE la recommandation de la Conférence tendant à aider les pays en développement à mettre en place ou à développer un système de collecte des données de morbidité et de mortalité à l'aide d'un personnel non médical ou paramédical; et
3. FAIT SIENNE la demande, formulée par le Conseil exécutif dans sa résolution EB57.R34,¹ priant le Directeur général d'étudier la possibilité d'établir une Nomenclature internationale des Maladies pour compléter la Classification internationale des Maladies.

* * *

¹ OMS, Actes officiels N° 231, Partie I, 1976, p. 25.



CONFERENCE INTERNATIONALE POUR LA NEUVIEME REVISION
DE LA CLASSIFICATION INTERNATIONALE DES MALADIES

Genève, 30 septembre-6 octobre 1975

RAPPORT

Table des matières

| | <u>Pages</u> |
|---|--------------|
| 1. NEUVIEME REVISION DE LA CLASSIFICATION INTERNATIONALE DES MALADIES | 2 |
| 2. CLASSIFICATION DES ACTES MEDICAUX | 4 |
| 3. CLASSIFICATION DES INCAPACITES ET HANDICAPS | 5 |
| 4. ADAPTATIONS DE LA CIM A L'INTENTION DES SPECIALISTES | 5 |
| 5. CLASSIFICATION A USAGE DES NON-PROFESSIONNELS | 5 |
| 6. STATISTIQUES DE DECES AU COURS DE LA PERIODE PERINATALE ET QUESTIONS CONNEXES .. | 6 |
| 7. REGLES POUR LE CODAGE DES CAUSES DE MORTALITE | 6 |
| 8. CHOIX D'UNE CAUSE UNIQUE POUR LES STATISTIQUES DE MORBIDITE | 7 |
| 9. LISTES ABREGEES POUR LA MISE EN TABLEAUX DES CAUSES DE MORTALITE ET DE MORBIDITE .. | 7 |
| 10. ANALYSE ET CODAGE DES AFFECTIONS MULTIPLES | 7 |
| 11. AUTRES SYSTEMES DE CLASSIFICATION DES MALADIES | 8 |
| 12. DIXIEME REVISION DE LA CLASSIFICATION INTERNATIONALE DES MALADIES | 8 |
| 13. PUBLICATION DE LA NEUVIEME REVISION | 9 |
| 14. INITIATION ET FORMATION A LA NEUVIEME REVISION | 9 |
| ANNEXE I. NEUVIEME REVISION DE LA CLASSIFICATION INTERNATIONALE DES MALADIES | |
| ANNEXE II. RECOMMANDATIONS CONCERNANT LES STATISTIQUES RELATIVES AUX DECES PERI- NATAUX ET MATERNELS | |
| ANNEXE III. NOUVELLE REGLE DE MODIFICATION POUR LE CHOIX DE LA CAUSE INITIALE DE DECES | |
| ANNEXE IV. LISTES ABREGEES POUR LA MISE EN TABLEAUX DES CAUSES DE MORTALITE ET DE MORBIDITE | |
| ANNEXE V. LISTE DES DELEGUES ET AUTRES PARTICIPANTS | |

The issue of this document does not constitute formal publication. It should not be reviewed, abstracted or quoted without the agreement of the World Health Organization. Authors alone are responsible for views expressed in signed articles.

Ce document ne constitue pas une publication. Il ne doit faire l'objet d'aucun compte rendu ou résumé ni d'aucune citation sans l'autorisation de l'Organisation Mondiale de la Santé. Les opinions exprimées dans les articles signés n'engagent que leurs auteurs.

La Conférence internationale pour la Neuvième Révision de la Classification internationale des Maladies, convoquée par l'Organisation mondiale de la Santé, s'est tenue au Siège de l'OMS, à Genève, du 30 septembre au 6 octobre 1975. Les délégations de 46 Etats Membres y ont participé (voir annexe V).

La Conférence a été ouverte par le Dr Pavlov, Sous-Directeur général, au nom du Directeur général. Le Dr Pavlov a fait l'historique de la CIM, rappelant aux délégués qu'elle était issue de la Nomenclature internationale des Causes de Décès, adoptée pour la première fois en 1893. C'est avec la Sixième Révision que l'OMS a pris la responsabilité de la CIM, tâche qui est inscrite dans sa Constitution. Depuis lors, l'utilisation de la CIM s'est considérablement étendue : indexage et extraction des dossiers, statistiques relatives à la planification, à la surveillance et à l'évaluation des services sanitaires, outre l'emploi traditionnel en épidémiologie.

La Conférence a élu le bureau suivant :

| | |
|-------------------|---|
| Président : | Dr R. H. C. Wells (Australie) |
| Vice-Présidents : | Dr J. M. Avilan-Rovira (Venezuela) |
| | Dr G. Cerkovnij (URSS) |
| | Dr I. M. Moriyama (Etats-Unis d'Amérique) |
| | M. G. Paine (Royaume-Uni) |
| Rapporteurs : | Dr M. A. Heasman (Royaume-Uni) |
| | Mlle le Dr M. Guidevaux (France) |

La Conférence a adopté un ordre du jour, portant sur la Neuvième Révision de la Classification internationale des Maladies, avec plusieurs classifications supplémentaires provisoires destinées à être utilisées conjointement avec la CIM elle-même, et sur des problèmes connexes.

1. NEUVIEME REVISION DE LA CLASSIFICATION INTERNATIONALE DES MALADIES

1.1 Historique de l'élaboration des propositions relatives à la Neuvième Révision

Les activités destinées à aboutir à la Neuvième Révision ont commencé en 1969 avec la convocation d'un groupe d'étude. Le travail a ensuite été planifié de telle sorte que les propositions préalables à la Conférence devaient se trouver dans un état de préparation bien plus avancé que cela n'avait été le cas pour les Révisions antérieures. L'intention était en effet d'achever le manuel, y compris l'index alphabétique, et de le mettre à la disposition des utilisateurs en temps opportun pour permettre aux divers pays de s'entraîner à son usage et de se familiariser avec lui avant de le mettre en service. Les préparatifs en vue de la Révision ont progressé grâce à des réunions successives du groupe d'étude et à des réunions des chefs des Centres de classification des maladies. Les membres du groupe d'étude ont estimé lors de leur première réunion que la révision devait rester dans certaines limites. Cependant, il est bientôt apparu que, dans de nombreux domaines de la médecine, les spécialistes demandaient une révision beaucoup plus profonde. A cet effet l'opinion de certains spécialistes et celle de sociétés internationales de spécialistes ont été sollicitées, ainsi que celle des Centres OMS de classification des maladies et de divers services du Siège. De plus, les bureaux régionaux ont organisé des réunions afin de permettre à des représentants des Etats Membres d'exprimer leurs vues. La troisième réunion du groupe d'étude a examiné les propositions qui tenaient compte des avis exprimés par ces diverses sources, et des projets de propositions, établis d'après leurs recommandations, ont été envoyés aux Etats Membres au milieu de 1973. Les remarques faites sur ces propositions ont été étudiées par le Comité OMS d'experts des Statistiques sanitaires en juin 1974. Les propositions finales rédigées pour la Conférence sont le résultat de ses recommandations. Les délégués de plusieurs pays ont soutenu la révision ainsi

proposée. Toutefois, on a fait ressortir que des pressions émanant de cliniciens s'étaient exercées pour demander une vaste révision, étant donné que la structure de plusieurs chapitres de la CIM ne correspondait plus aux conceptions cliniques modernes. La délégation suédoise, au nom des cinq pays nordiques (Danemark, Finlande, Islande, Norvège et Suède), a émis l'opinion que les problèmes et les frais entraînés par des remaniements aussi étendus seraient importants, puisque ces pays avaient établi une version à cinq chiffres basée sur la Huitième Révision, qui était largement utilisée dans les systèmes électroniques d'information sanitaire. De l'avis de ces pays, la version à cinq chiffres répondait dans une large mesure aux demandes des cliniciens concernant une plus grande spécificité, objectif visé par la Neuvième Révision. Les participants à la Conférence ont pris note des préoccupations exprimées par les pays nordiques. Mais, admettant la réalité du besoin souligné par plusieurs pays de donner satisfaction aux exigences de la clinique, tant par des changements de structure que par une plus grande spécificité, ils ont en général soutenu les objectifs proposés pour la session tels qu'ils leur étaient présentés.

1.2 Historique et développement des diverses utilisations de la CIM

Il a été rappelé aux membres de la Conférence que la Classification a un passé imposant. Elle tire ses origines d'une nomenclature des causes de décès qui a servi pendant de nombreuses années. Lors de la Sixième Révision, des dispositions ont été prises pour classer les causes de maladie. Puis, la Classification s'est révélée utile pour l'indexage des dossiers hospitaliers, particulièrement si on l'adaptait à cet effet avec quelques subdivisions supplémentaires. Plus récemment, des transformations ont été apportées en vue de son emploi dans divers systèmes de contrôle des soins. Les propositions relatives à la Neuvième Révision comportent un dispositif conçu pour la rendre plus apte à servir en matière de statistiques relatives à l'évaluation des soins médicaux. Pour l'avenir, il y aurait lieu de décider quel genre de modifications rendrait la CIM utilisable pour les statistiques d'assurance-maladie et quelles possibilités il y aurait d'en faire un moyen d'organiser le paiement centralisé des services médicaux. La diversité de ces emplois incite à orienter la Classification dans le sens d'un plus grand nombre de détails. D'un autre côté, il convenait de ne point perdre de vue que d'autres pays ou régions expriment des besoins pour lesquels une telle complexité n'est pas de mise, mais qu'ils aimeraient néanmoins disposer d'une classification fondée sur la CIM afin d'évaluer leurs progrès en matière de soins de santé et de lutte contre les maladies.

1.3 Caractères généraux de la Neuvième Révision proposée

La disposition générale des propositions relatives à la Neuvième Révision examinée par la Conférence est très semblable à celle de la Huitième, quoiqu'un grand nombre de détails y aient été ajoutés. On a pris soin de veiller à ce que les rubriques au niveau du troisième chiffre soient explicitées. On relève certaines innovations :

- i) Un cinquième chiffre facultatif a été prévu en certains endroits, par exemple, pour le mode de diagnostic de la tuberculose, pour le mode d'accouchement au chapitre XI, pour la localisation anatomique dans les troubles ostéo-musculaires, et pour le lieu de l'accident dans le code E.
- ii) Un système de codage indépendant à quatre chiffres est offert pour classer les formes histologiques des néoplasmes, précédées de la lettre M (pour morphologie) et suivies par un cinquième chiffre indiquant le comportement de la tumeur. Ce code est à usage facultatif en plus du code normal indiquant la topographie.
- iii) Le rôle du code E relatif aux causes externes a été modifié. Dans les Sixième, Septième et Huitième Révisions, le chapitre XVII se composait de deux classifications alternatives, l'une établie selon la nature du traumatisme (code N) et l'autre selon sa cause extérieure (code E). Dans la Neuvième Révision, on a proposé d'abandonner le préfixe N et de prendre uniquement en considération la nature du traumatisme dans la classification principale. Le code E devient une classification supplémentaire à utiliser, le cas échéant, conjointement avec les codes de n'importe quelle partie de la Classification. Pour les statistiques de mortalité cependant, le code E devrait encore être utilisé de préférence au chapitre XVII pour le choix de la cause initiale de décès quand un seul code serait employé.

iv) Les propositions relatives à la Neuvième Révision comportent une double classification pour certains diagnostics. Il a été donné connaissance à la Conférence de l'introduction de ce système dans les propositions de 1973, la nécessité de classer les maladies selon certaines manifestations importantes étant devenue évidente : par exemple, classer l'encéphalite ourlienne dans une rubrique "encéphalite". Comme il eût été peu judicieux de modifier intégralement en ce sens l'axe de classification de la CIM, la première proposition a tendu à laisser le choix entre le classement selon les manifestations et la place traditionnelle fondée sur l'étiologie. A la suite de critiques formulées à ce sujet, on propose maintenant que les codes étiologiques "traditionnels", c'est-à-dire ceux qui sont marqués d'une croix, soient considérés comme principaux, et que les nouveaux codes de la classification des manifestations, et marqués d'un astérisque, soient considérés comme secondaires et destinés à être utilisés pour certaines applications concernant la planification et l'évaluation des soins médicaux. Ce système s'applique uniquement aux formulations diagnostiques qui contiennent des renseignements à la fois sur l'étiologie et sur les manifestations, et lorsque ces dernières sont importantes en elles-mêmes.

v) Afin de surmonter les difficultés particulières rencontrées lorsque la terminologie internationale n'est pas uniforme, on a inclus dans les rubriques du chapitre des troubles mentaux une description de leur contenu.

Le code V (précédemment code Y) continue à figurer dans le Volume I.

Ces particularités proposées ont été acceptées par les participants à la Conférence.

1.4 Adoption de la Neuvième Révision de la Classification internationale des Maladies

La Conférence,

Ayant examiné les propositions préparées par l'Organisation sur la recommandation du Comité d'experts des Statistiques sanitaires,

Reconnaissant la nécessité d'effectuer encore quelques modifications mineures pour satisfaire aux observations sur des points de détail présentés par des Etats Membres au cours de la Conférence,

RECOMMANDE que la liste détaillée révisée des rubriques et subdivisions figurant à l'annexe I du présent rapport constitue la Neuvième Révision de la Classification internationale des Maladies.

2. CLASSIFICATION DES ACTES MEDICAUX

A la demande d'un certain nombre d'Etats Membres, l'Organisation a proposé une classification des actes thérapeutiques, diagnostiques et prophylactiques couvrant les domaines de la chirurgie, de la radiologie, du laboratoire et autres. Différentes classifications nationales de ce genre ont été étudiées et l'avis d'organismes hospitaliers d'un certain nombre de pays a été sollicité. Il s'agissait d'élaborer un instrument permettant de procéder à l'analyse des soins dispensés aux malades, dans les hôpitaux, les cliniques, les services de soins ambulatoires, etc.

La Conférence félicite le Secrétariat de cette heureuse initiative et

RECOMMANDE que la classification provisoire des actes médicaux soit publiée sous la forme d'un supplément à la Neuvième Révision de la Classification internationale des Maladies et non comme partie intégrante de celle-ci. Cette classification devrait être publiée dans une édition peu coûteuse et révisée après deux ou trois ans en fonction des observations formulées par les utilisateurs.

3. CLASSIFICATION DES INCAPACITES ET HANDICAPS

La CIM fournit les moyens de classer la maladie ou la lésion, et la classification des actes médicaux permet d'enregistrer le traitement ou les autres "services" dont le malade a bénéficié. Il restait à classer les infirmités qui résultent de la maladie ainsi que les incapacités ou les handicaps qu'elles entraînent.

S'agissant d'un domaine en pleine évolution, le projet de classification préparé par l'Organisation est dans une large mesure expérimental et prospectif. Il a été élaboré après de multiples consultations avec les organismes d'aide sociale et de réadaptation.

Ayant examiné le projet de classification des incapacités et handicaps, la Conférence estime qu'il présente un très grand intérêt et, en conséquence,

RECOMMANDE que la classification des incapacités et handicaps soit publiée, pour une mise à l'épreuve, sous la forme d'un supplément à la Neuvième Révision de la Classification internationale des Maladies et non comme partie intégrante de celle-ci.

4. ADAPTATIONS DE LA CIM A L'INTENTION DES SPECIALISTES

Les participants ont pris note de trois adaptations de la CIM conçues à l'usage des spécialistes.

La première constitue une adaptation à l'oncologie - ICD-O. Une classification selon trois axes indique la topographie, la morphologie et le comportement des tumeurs. Le code topographique à quatre chiffres se fonde sur la liste des localisations des tumeurs malignes, section du chapitre II de la Neuvième Révision de la CIM, mais il est destiné à être utilisé pour n'importe quel type de tumeur. A cela s'ajoute un code à quatre chiffres indiquant la variété histologique de la tumeur et un code à un seul chiffre correspondant au comportement de la tumeur. Cette classification est destinée aux centres et services désirant mentionner des détails supplémentaires sur les tumeurs, alternativement avec la Neuvième Révision de la CIM, avec laquelle elle est entièrement compatible. (Une table de conversion sera disponible, permettant à la demande la traduction automatique des codes.)

D'autres adaptations ont été établies pour l'art dentaire et la stomatologie ainsi que pour l'ophtalmologie. Chacune d'elles réunit, en un petit volume, toutes les affections sélectionnées dans l'ensemble des chapitres de la CIM intéressant le spécialiste et fournit, en cas de nécessité, des détails supplémentaires grâce à un cinquième chiffre.

5. CLASSIFICATION A USAGE DES NON-PROFESSIONNELS

La Conférence a examiné le problème de la collecte de données statistiques de morbidité et de mortalité dont le besoin se fait fortement sentir dans les pays où le taux de médicalisation est très faible. Une divergence de vues s'est manifestée au sujet du système de classification à utiliser dans les cas où les informations concernant les maladies ou les causes de décès sont nécessairement fournies par des personnes autres que des médecins. Certains délégués ont été d'avis qu'il fallait se servir à cet effet de la Classification internationale des Maladies sous une forme simplifiée (par exemple, de l'une des listes pour la mise en tableaux), tandis que d'autres ont jugé qu'il convenait d'établir une liste indépendante de la CIM.

Un groupe de travail composé de délégués d'Etats Membres ayant une expérience de ce problème a été réuni pour examiner la question en détail et, à la lumière de son rapport, la Conférence,

Consciente des problèmes que pose actuellement, dans la plupart des régions, l'utilisation intégrale de la CIM par les pays en voie de développement;

Reconnaissant la nécessité d'introduire un système qui fournisse des informations utiles et objectives sur la morbidité et la mortalité en vue d'une planification sanitaire efficace;

Prenant acte avec satisfaction des essais sur le terrain organisés dans certains pays en vue de faire recueillir des informations sur la morbidité et la mortalité par du personnel non médical, sanitaire ou autre, et de l'expérience acquise à cette occasion;

Notant que l'Organisation mondiale de la Santé se préoccupe de développer et de promouvoir les services de santé, notamment dans les pays en voie de développement, ainsi qu'il ressort des résolutions EB55.R16, WHA28.75, WHA28.77 et WHA28.88,

RECOMMANDE à l'Organisation mondiale de la Santé :

- 1) de prendre une part croissante à l'action entreprise par divers pays en voie de développement pour la collecte de données statistiques de morbidité et de mortalité par du personnel non professionnel ou paramédical;
- 2) d'organiser, au niveau régional, des réunions visant à faciliter un échange d'expériences entre les pays qui doivent actuellement faire face à ce problème, de manière à mettre au point des listes de classification appropriées, compte dûment tenu des différences de terminologie entre les pays;
- 3) d'aider les pays à mettre en place ou à développer le système de collecte de données de morbidité et de mortalité à l'aide d'un personnel non professionnel ou paramédical.

6. STATISTIQUES DE DECES AU COURS DE LA PERIODE PERINATALE ET QUESTIONS CONNEXES

Les participants à la Conférence ont examiné avec intérêt les rapports du groupe scientifique sur la méthodologie des statistiques sanitaires se rapportant aux événements périnataux¹ ainsi que les recommandations du Comité d'experts² à ce sujet. Ceux-ci constituent l'aboutissement d'une série de réunions spéciales de l'OMS suivies par des spécialistes de nombreuses disciplines. Il était devenu évident qu'un nouvel examen de la situation était indispensable à la lumière de certains développements des sciences médicales, notamment de ceux qui permettent des progrès dans la survie d'enfants nés à un âge gestationnel précoce.

Après discussion, la Conférence

RECOMMANDE que, lorsque cela sera possible, les statistiques en rapport avec les décès périnataux, soient établies à partir d'un certificat spécial de décès périnatal (et non d'un certificat normal de décès), et conformément à la méthode décrite dans l'annexe II, qui comporte également les définitions pertinentes. Cette annexe contient aussi des recommandations concernant les statistiques de mortalité maternelle.

7. REGLES POUR LE CODAGE DES CAUSES DE MORTALITE

L'attention de la Conférence a été attirée sur les problèmes que pose le choix de la cause initiale du décès lorsque celui-ci résulte de facteurs liés à un traitement chirurgical ou autre. Dans les cas où la responsabilité de la mort est imputable à un effet adverse du traitement, il a été proposé de classer le décès comme dû à cet effet plutôt qu'à l'affection objet du traitement. Bien que certains délégués aient exprimé l'opinion que cette manière de faire s'opposerait à l'idée classique de cause initiale, la Conférence a donné la préférence à la première opinion rapportée et, en conséquence, elle

¹ ICD/PE/74.4.

² WHO/ICD9/74.4.

RECOMMANDE que la règle de modification figurant à l'annexe III soit ajoutée à celles qui existent déjà pour le choix de la cause de décès aux fins de la mise en tableaux des causes de mortalité.

La Conférence a également été informée que des directives supplémentaires relatives au certificat de décès par cancer avaient été établies à titre provisoire et faisaient l'objet d'essais dans plusieurs pays. S'il en résulte que l'homogénéité du codage s'en trouve améliorée, ces instructions seront incorporées à la Neuvième Révision.

8. CHOIX D'UNE CAUSE UNIQUE POUR LES STATISTIQUES DE MORBIDITE

Aucune règle n'a été jusqu'ici introduite dans la CIM au sujet de la mise en tableaux de la morbidité. Habituellement, les statistiques courantes se fondent sur une seule cause, mais la Conférence estime que l'application de la CIM aux statistiques de morbidité courantes est suffisamment développée pour justifier la formulation de recommandations internationales relatives au choix d'une cause unique dans la présentation des statistiques de morbidité. En conséquence, la Conférence

RECOMMANDE que l'affection à choisir en vue de l'analyse d'une cause unique à partir des dossiers médicaux soit l'affection principale traitée ou étudiée pendant la durée correspondante des soins, à l'hôpital ou ailleurs. Si aucun diagnostic n'a été posé, on retiendra les symptômes ou le problème de santé essentiel. Autant que possible, le choix sera fait par le médecin responsable ou un autre professionnel de la santé et l'affection ou le problème principal sera distingué des autres.

Il est souhaitable qu'outre le choix d'une cause unique pour les besoins de la mise en tableaux on pratique autant que possible le codage et l'analyse des causes multiples, particulièrement pour les données relatives à des périodes de soins dans les hôpitaux (avec ou sans hospitalisation), les dispensaires ou chez le médecin de famille. Pour certains autres types de données, telles que celles recueillies au cours d'enquêtes par examens de santé, l'analyse des causes multiples est peut-être la seule méthode satisfaisante.

9. LISTES ABREGEES POUR LA MISE EN TABLEAUX DES CAUSES DE MORTALITE ET DE MORBIDITE

Des difficultés sont apparues dans l'emploi des listes abrégées A, B, C et D actuelles pour la mise en tableaux des causes de mortalité et de morbidité. Leur construction et leur numérotation entraînent souvent des confusions et gênent la comparabilité des statistiques établies à partir de ces listes. Des propositions de nouvelles listes ont été soumises à la Conférence; leur utilisation permettra d'obtenir des totaux aussi bien pour des groupes de maladies que pour des maladies particulières. Des listes minimales de 55 termes ont été recommandées pour la mise en tableaux des causes de mortalité et de morbidité, les divers pays pouvant y ajouter d'autres termes tirés d'une liste de base de 275 rubriques.

La Conférence

RECOMMANDE que les listes spéciales pour la mise en tableaux (annexe IV du présent rapport) remplacent les listes actuelles pour la mise en tableaux de la morbidité et de la mortalité et soient publiées dans le cadre de la Classification internationale des Maladies avec les explications et instructions d'emploi appropriées.

10. ANALYSE ET CODAGE DES AFFECTIONS MULTIPLES

La Conférence a pris note avec intérêt du fait qu'un certain nombre de pays ont largement recours à l'analyse et au codage des affections multiples, et ce pour toutes sortes de raisons. Par exemple, ce système a permis d'étudier la relation entre les différentes affections mentionnées sur un certificat de décès; de même, il a été utilisé pour permettre le choix par ordinateur de la cause initiale de décès. La Conférence a également pris note de l'intérêt que

présenterait une banque de données nationales multicodées relatives à la mortalité et la morbidité. La Conférence encourage une telle entreprise, mais ne recommande pas que la CIM préconise des règles ou des méthodes particulières dans ce domaine.

11. AUTRES SYSTEMES DE CLASSIFICATION DES MALADIES

Il a été rappelé qu'il existait d'autres classifications des maladies et la Conférence en a examiné les avantages, esquissant ainsi l'étude de la forme que pourrait prendre la Dixième Révision. Certaines d'entre elles sont des développements de la Classification internationale des Maladies alors que d'autres sont à plusieurs axes permettant différents types d'exploitation, mais elles ne sont pas conçues dans le but de présenter des statistiques courantes. Dans d'autres systèmes, on attribue un code unique à chaque maladie ou terme, ce qui permet de les retrouver et de les regrouper, selon les besoins, dans des classifications alternatives. Ces tendances semblent indiquer que l'on souhaite une plus grande souplesse et que l'on se demande s'il est toujours possible de s'en tenir à une seule classification polyvalente. On a estimé qu'une classification à plusieurs axes fait souvent obstacle à la possibilité de retrouver les termes et les maladies. L'attribution d'un code unique à chaque maladie ou terme pourrait être un moyen de surmonter les difficultés occasionnées par des modifications de classification.

12. DIXIEME REVISION DE LA CLASSIFICATION INTERNATIONALE DES MALADIES

La Conférence a reconnu la nécessité de commencer à préparer la prochaine révision de la Classification et a examiné un certain nombre de questions qui devront être réglées avant de passer au travail détaillé. La principale difficulté vient de ce que le programme de l'Organisation ne se limite plus à la seule classification des maladies. De nombreux autres motifs, sociaux et économiques, de contact avec les services de santé ont maintenant été inclus dans la classification principale à laquelle ont été ajoutées des classifications supplémentaires pour les actes médicaux, et pour les incapacités et handicaps. Celles-ci doivent être encore amplifiées, puis incorporées dans un vaste système coordonné de classifications des informations sanitaires. Il convient aussi que le nom donné au Programme de l'Organisation reflète l'ampleur de la gamme d'activités qu'il couvre.

La normalisation de la nomenclature sur une base multilingue est indispensable pour assurer la comparabilité des diagnostics, et, dans les cas où les notions diagnostiques manquent de clarté, on pourrait établir pour d'autres spécialités des glossaires semblables à celui qui a été mis au point pour la psychiatrie. Le déséquilibre qui apparaît dans la Huitième Révision où l'on trouve 140 rubriques pour les maladies infectieuses et 20 seulement pour l'ensemble de la morbidité périnatale se retrouve dans la Neuvième Révision qui est, pour l'essentiel, inchangée mais il n'en sera pas forcément de même avec la prochaine révision.

On a reconnu qu'il existait une certaine contradiction entre la nécessité d'une classification assez large aux fins de comparaisons entre pays et le désir d'un degré élevé de spécificité pour l'indexage des diagnostics et la recherche épidémiologique; il en est de même entre une classification utilisable au niveau de la collectivité dans les pays en voie de développement et une classification appropriée à un programme national de statistiques de morbidité ayant accès à un ordinateur. La structure de la Dixième Révision est une autre question à résoudre d'urgence : doit-on conserver le système actuel à axe unique ou faut-il adopter une approche multidimensionnelle ? Faut-il séparer les éléments "codage" et "classification" de manière que le premier demeurerait inchangé tandis que le second pourrait être révisé plus fréquemment qu'il ne l'a été jusqu'ici ?

La Conférence a été d'avis que l'on devait régler ces questions dans les deux ou trois prochaines années en élaborant et en mettant à l'essai divers modèles de classification. Il a été reconnu que cette tâche déborderait le cadre normal du travail de l'Organisation dans ce domaine et nécessiterait l'affectation de ressources supplémentaires.

La Conférence a reconnu la haute valeur des travaux sur la CIM déjà effectués ou en cours; elle a aussi reconnu que le nombre d'utilisateurs qui réclament une souplesse supérieure à celle présentée par la structure actuelle de cette classification s'accroît rapidement.

La Conférence,

Notant qu'en dépit des limites actuellement assignées aux ressources qui lui sont allouées et qu'elle absorbe complètement, la préparation de la CIM constitue l'une des principales sources d'influence de l'OMS,

RECOMMANDE

- 1) que l'OMS poursuive ses travaux en vue de mettre au point des révisions de la CIM et des classifications connexes et étende ses activités dans ce domaine;
- 2) que des ressources suffisantes soient allouées au programme concernant la CIM pour permettre d'étudier à la fois, d'une part les innovations nécessaires dans le domaine des classifications de santé, et d'autre part la manière dont celles-ci peuvent être réalisées sans s'écarter du présent système de révision; qu'il soit également possible, dans le cadre de ce programme, d'expérimenter à grande échelle les diverses approches qui existent ou qui pourront être conçues ultérieurement.

La Conférence a exprimé l'espoir que des efforts seront faits pour conserver le capital de compétence amassé par l'Organisation, les Centres de classification des maladies et nombre d'organisations et d'individus dans le monde entier.

13. PUBLICATION DE LA NEUVIEME REVISION

Les participants à la Conférence ont été informés que, si les versions anglaise et française de la table analytique (Volume I) pourront être publiées fin 1976, il est peu probable que l'index alphabétique (Volume 2) puisse l'être avant le milieu de 1977. Les versions espagnole et russe devraient suivre d'assez près les versions anglaise et française.

Les Etats Membres ayant l'intention de publier des versions dans leur langue nationale recevront des exemplaires des diverses parties de la Classification au fur et à mesure qu'ils seront achevés par le Secrétariat afin de permettre de respecter ce calendrier aussi étroitement que possible.

Plusieurs délégués ont fait observer que la parution tardive de l'index alphabétique lors de la Huitième Révision avait entraîné nombre d'erreurs de codage pendant la première année d'utilisation.

En raison de l'importance du travail à fournir avant que la Neuvième Révision ne soit publiée, et du fait que la formation des codeurs exige que les deux volumes, et notamment l'index alphabétique, soient mis à la disposition des usagers quelque 12 mois avant la mise en service,

la Conférence,

RECOMMANDE que la Neuvième Révision de la Classification internationale des Maladies prenne effet à compter du 1er janvier 1979.

14. INITIATION ET FORMATION A LA NEUVIEME REVISION

Indépendamment des modifications portant sur les rubriques elles-mêmes, la Révision proposée comporte de nombreux aspects qui nécessiteront des explications très minutieuses à l'intention des codeurs et des usagers de statistiques fondées sur la CIM. Il est prévu qu'afin d'aider les pays Membres à planifier la formation voulue, les bureaux régionaux de l'OMS organisent des cours. La Conférence a noté avec intérêt que l'OMS espère préparer le matériel pédagogique nécessaire à un cours de formation pour codeurs d'environ deux semaines, afin que cette formation soit aussi uniforme que possible. L'OMS tiendra également des documents explicatifs à la disposition des usagers des statistiques.

NEUVIEME REVISION DE LA CLASSIFICATION INTERNATIONALE DES MALADIES

La Neuvième Révision de la CIM englobe, sous réserve des amendements mineurs qui pourront se révéler nécessaires après examen par le Secrétariat des suggestions formulées au cours de la Conférence pour la Révision, le contenu des documents suivants :

| | | |
|--------------------------------|---------------|--|
| WHO/ICD9/Rev.Prop./75.1 | Chapitre I | MALADIES INFECTIEUSES ET PARASITAIRES |
| WHO/ICD9/Rev.Prop./75.2 Rev. 1 | Chapitre II | TUMEURS |
| WHO/ICD9/Rev.Prop./75.3 | Chapitre III | MALADIES ENDOCRINIENNES, DE LA NUTRITION ET DU METABOLISME ET TROUBLES IMMUNITAIRES |
| WHO/ICD9/Rev.Prop./75.4 | Chapitre IV | MALADIES DU SANG ET DES ORGANES HEMATOPOIETIQUES |
| WHO/ICD9/Rev.Prop./75.5 | Chapitre V | TROUBLES MENTAUX |
| WHO/ICD9/Rev.Prop./75.6 | Chapitre VI | MALADIES DU SYSTEME NERVEUX ET DES ORGANES DES SENS |
| WHO/ICD9/Rev.Prop./75.7 | Chapitre VII | MALADIES DE L'APPAREIL CIRCULATOIRE |
| WHO/ICD9/Rev.Prop./75.8 | Chapitre VIII | MALADIES DE L'APPAREIL RESPIRATOIRE |
| WHO/ICD9/Rev.Prop./75.9 | Chapitre IX | MALADIES DE L'APPAREIL DIGESTIF |
| WHO/ICD9/Rev.Prop./75.10 | Chapitre X | MALADIES DES ORGANES GENITO-URINAIRES |
| WHO/ICD9/Rev.Prop./75.11 | Chapitre XI | COMPLICATIONS DE LA GROSSESSE, DE L'ACCOUCHEMENT ET DES SUITES DE COUCHES |
| WHO/ICD9/Rev.Prop./75.12 | Chapitre XII | MALADIES DE LA PEAU ET DU TISSU CELLULAIRE SOUS-CUTANE |
| WHO/ICD9/Rev.Prop./75.13 | Chapitre XIII | MALADIES DU SYSTEME OSTEO-ARTICULAIRE, DES MUSCLES ET DU TISSU CONJONCTIF |
| WHO/ICD9/Rev.Prop./75.14 | Chapitre XIV | ANOMALIES CONGENITALES |
| WHO/ICD9/Rev.Prop./75.15 | Chapitre XV | CERTAINES AFFECTIONS DONT L'ORIGINE SE SITUE DANS LA PERIODE PERINATALE |
| WHO/ICD9/Rev.Prop./75.16 | Chapitre XVI | SYMPTOMES, SIGNES ET ETATS MORBIDES MAL DEFINIS |
| WHO/ICD9/Rev.Prop./75.17 | Chapitre XVII | TRAUMATISMES ET EMPOISONNEMENTS |
| WHO/ICD9/Rev.Prop./75.18 | | CLASSIFICATION SUPPLEMENTAIRE DES CAUSES EXTERNES DES TRAUMATISMES ET EMPOISONNEMENTS (CODE E) |
| WHO/ICD9/REV.CONF/75.20 | | SUPPLEMENTARY CLASSIFICATION OF OTHER REASONS FOR CONTACT WITH THE HEALTH CARE SYSTEM (V CODE) |

RECOMMANDATIONS CONCERNANT LES STATISTIQUES
RELATIVES AUX DECES PERINATALS ET MATERNELS

1. DEFINITIONS SUPPLEMENTAIRES RECOMMANDEES POUR LES STATISTIQUES PERINATALES

Outre les définitions déjà adoptées de "naissance vivante" et de "mort foetale", on recommande les définitions supplémentaires suivantes.

1.1 Poids de naissance

Résultat de la première pesée du fœtus ou du nouveau-né effectuée immédiatement après l'accouchement. Ce poids doit être mesuré de préférence dans la première heure de vie, avant que ne commence, d'une manière notable, la déperdition pondérale postnatale.

1.2 Age gestationnel

Durée de la grossesse calculée à partir de la dernière période menstruelle normale. L'âge gestationnel s'exprime en journées ou semaines révolues (par exemple, les événements qui se produisent du 280^{ème} au 286^{ème} jour après le début de la dernière menstruation normale sont considérés comme s'étant produits à 40 semaines de gestation).

Les mesures relatives au développement foetal qui varient de façon continue sont indiquées pour un âge gestationnel donné exprimé en semaines (par exemple, le poids moyen à la naissance pour 40 semaines de gestation est celui correspondant à 280-286 jours de gestation, d'après une courbe de poids/âge gestationnel).

1.3 Poids faible à la naissance*

Inférieur à 2500 g (jusque et y compris 2499 g).

1.4 Avant terme

Moins de 37 semaines entières (moins de 259 jours).

1.5 A terme

De 37 à moins de 42 semaines entières (259 à 293 jours).

1.6 Après terme

Quarante-deux semaines entières ou davantage (294 jours ou plus).

1.7 Les expressions "avortement" et "enfant né mort" ne sont pas définies parce que leur définition juridique diffère selon les pays. Ces termes sont néanmoins utilisés plus loin dans la section 3 relative au certificat recommandé de cause de décès périnatal; dans ce contexte, ils doivent être interprétés suivant l'usage du pays. La section 2 ci-dessous contient des recommandations concernant les situations dans lesquelles les définitions et les procédures d'enregistrement nationales ne coïncident pas avec les limites proposées pour l'inclusion des événements dans les statistiques de mortalité périnatale.

* Note : Cette définition du poids faible à la naissance diffère de celle qui est actuellement en usage à l'OMS, à savoir : "2500 g ou moins".

2. PREPARATION DES STATISTIQUES DE MORTALITE PERINATALE

2.1 Statistiques périnatales nationales

Il est recommandé d'inclure dans les statistiques périnatales nationales tous les foetus ou nouveau-nés vivants ou non pesant à la naissance au moins 500 g (ou, si le poids de naissance n'est pas connu, ayant l'âge gestationnel correspondant (22 semaines) ou la taille correspondante (25 cm du vertex au talon)). On admet que dans de nombreux pays la législation puisse fixer différents critères d'enregistrement, mais il est permis de penser que les pays adopteront des procédures d'enregistrement ou de déclaration telles que les événements à inclure dans les statistiques puissent être facilement identifiés.

Il est recommandé en outre d'exclure des statistiques périnatales les foetus et nouveau-nés n'ayant pas atteint le degré de maturité défini ci-dessus, à moins que des raisons valables, juridiques ou autres, ne s'y opposent.

2.2 Statistiques périnatales normalisées en vue des comparaisons internationales

Il a été recommandé ci-dessus d'inclure dans les statistiques nationales les foetus et nouveau-nés dont le poids se situe entre 500 et 1000 g, tant en raison de l'intérêt que présentent par eux-mêmes ces renseignements que parce que leur inclusion dans les statistiques tend à améliorer la complétude des données relatives aux naissances d'enfants de 1000 g et plus. Toutefois, l'inclusion de ce groupe de naissances très immatures fait obstacle aux comparaisons internationales à cause des différences qui existent entre les pays en ce qui concerne l'enregistrement de ces naissances. Un autre élément qui affecte les comparaisons internationales tient à ce que tous les enfants nés vivants, quel que soit leur poids de naissance, sont inclus dans le calcul des taux alors qu'une limite inférieure de maturité est appliquée aux enfants nés morts.

Afin d'éliminer ces facteurs, il est recommandé aux pays de présenter, uniquement en vue de comparaisons internationales, des "statistiques périnatales normalisées" dans lesquelles tant le numérateur que le dénominateur de tous les taux soient limités aux foetus et nouveau-nés pesant 1000 g ou plus (ou, si le poids de naissance n'est pas connu, à ceux d'un âge gestationnel correspondant (28 semaines) ou d'une taille correspondante (35 cm du vertex au talon)).

2.3 Recommandations pour les analyses ultérieures

Pour une analyse plus détaillée des données portant sur la période périnatale et ayant trait au poids de naissance et à l'âge gestationnel, les statistiques doivent avoir une présentation uniforme de manière à permettre des comparaisons faciles.

En cas de besoin, il convient de fournir des tableaux détaillés relatifs au nombre total de naissances indiquant séparément les enfants nés morts, ceux qui, nés vivants, sont morts au cours des sept premiers jours et enfin ceux qui survivent.

- | | | |
|-------|-----------------------------|--|
| 2.3.1 | Selon le poids de naissance | par tranche de poids de 500 g, c'est-à-dire 1000-1499 g, 1500-1999 g, etc. |
| 2.3.2 | Selon l'âge gestationnel | moins de 28 semaines (moins de 196 jours) 28-31 semaines (196-223 jours) 32-36 semaines (224-258 jours) 37-41 semaines (259-293 jours) 42 semaines (ou 294 jours) et au-delà (en semaines ou jours révolus respectivement). |

2.3.3 Pour les décès néonataux précoces, par âge au décès, utiliser les intervalles suivants :

naissance-59 minutes

1-11 heures

12-23 heures

24-47 heures

48-71 heures

72-167 heures

(heures ou minutes entières' respectivement).

Lorsqu'on ne dispose pas de renseignements détaillés, les données sur l'âge du décès seront indiquées comme suit :

naissance-59 minutes

1-23 heures

24-167 heures

(heures ou minutes entières respectivement).

Dans chaque tableau, indiquer les totaux et sous-totaux appropriés (par exemple, total des enfants ayant un poids de naissance compris entre 1000 et 2499 g, nés après une gestation de 28 à 36 semaines) ainsi que les pourcentages appropriés. Si l'un des tableaux comporte une analyse plus détaillée, les renseignements doivent pouvoir être rassemblés dans les catégories ci-dessus.

3. CERTIFICAT SPECIAL DE CAUSE DE DECES PERINATAL

Il est recommandé que, dans toute la mesure possible :

3.1 On adopte un certificat de modèle spécial exposant les causes de décès périnataux de la manière suivante :

- a) principale maladie ou affection du foetus ou de l'enfant;
- b) autres maladies ou affections du foetus ou de l'enfant;
- c) principale maladie ou affection maternelle influant sur le foetus ou l'enfant;
- d) autres maladies ou affections maternelles influant sur le foetus ou l'enfant;
- e) autres circonstances pertinentes.

3.2 Les éléments suivants devraient être considérés comme indispensables dans tout certificat médical portant sur les causes d'un décès périnatal :

- renseignements permettant l'identification, notamment la date, l'heure;
- mention : enfant vivant ou né mort;
- résultats d'autopsie éventuelle.

3.3 Il conviendrait de s'appliquer à réunir les données minimales suivantes :

Mère

Date de naissance :

Antécédents :

Nombre de grossesses antérieures : enfants vivants/enfants nés morts/avortements

Issue de la dernière grossesse : enfant vivant/enfant né mort/avortement et date

Grossesse actuelle :

Premier jour des dernières règles (si cette date est inconnue, durée estimée de la grossesse en semaines révolues)

Visites prénatales : deux examens ou plus : oui/non/réponse inconnue

Accouchement : normal, spontané, présentation du sommet/autre (préciser).

Enfant

Poids à la naissance : en grammes

Sexe : garçon/fille/indéterminé

Un seul enfant/premier jumeau/deuxième jumeau/autre naissance multiple

En cas d'enfant né mort, le décès est survenu : avant le travail/au cours du travail/réponse inconnue.

3.4 Il conviendrait de réunir systématiquement ces données pour toutes les naissances (enfants nés morts comme enfants vivants) de telle sorte que l'on puisse disposer de dénominateurs permettant de calculer des taux valables de décès pendant la période périnatale.

3.5 Un modèle adéquat de certificat médical des causes de décès périnataux, qui comprend des renseignements complémentaires, est joint ci-après. Toutefois, il se peut que les règles suivies en matière d'état civil dans les différents pays s'opposent à la mise en service d'un même type de certificat pour les enfants nés vivants et nés morts. On pourrait alors trouver une solution en établissant des certificats distincts pour les enfants nés morts et les décès néonataux précoces, chacun d'eux comportant toutefois la formule recommandée pour les causes de décès.

3.6 Parmi les autres variables qui pourraient également trouver leur place dans le certificat de base, on pourrait inclure des précisions sur la personne qui a donné ses soins au moment de la naissance : médecin/sage-femme qualifiée/autre personne qualifiée (préciser)/autres (préciser).

3.7 Quelques pays pourraient souhaiter recueillir certains renseignements auprès de sources différentes de la personne qui a établi le certificat de décès, car celle-ci peut ne pas avoir eu une connaissance directe de certains faits concernant la naissance. Ces pays devraient en conséquence prendre leurs propres dispositions, par exemple en couplant les données concernant les naissances et les décès.

3.8 Une analyse complète par causes multiples de toutes les affections mentionnées dans le certificat permettra de tirer le maximum de profit du modèle recommandé. Si une telle analyse est impossible, il faudra au minimum en effectuer une portant sur la principale maladie ou affection du fœtus ou de l'enfant (partie a)) et sur la principale maladie ou affection maternelle influant sur le fœtus ou l'enfant (partie c)), avec mise en tableaux à multiple entrée de groupes de données relatives aux deux maladies ou affections en question. Quand il sera nécessaire de ne choisir qu'une seule affection (par exemple, pour l'inclusion des décès néonataux précoces dans les tableaux de décès à cause unique pour tous les âges), il conviendra de choisir la principale maladie ou affection du fœtus ou de l'enfant (partie a)).

4. RECOMMANDATIONS RELATIVES AUX STATISTIQUES DE MORTALITE MATERNELLE

4.1 La mort maternelle se définit comme le décès d'une femme survenu au cours de la grossesse ou dans un délai de 42 jours après sa terminaison, quelles qu'en soient la durée ou la localisation, pour une cause quelconque déterminée ou aggravée par la grossesse ou les soins qu'elle a motivés, mais ni accidentelle ni fortuite.

4.2 Les morts maternelles se répartissent en deux groupes.

4.2.1 Décès par cause obstétricale directe : ce sont ceux qui résultent de complications obstétricales (grossesse, travail et suites de couches), d'interventions, d'omissions, d'un traitement incorrect ou d'un enchaînement d'événements résultant de l'un quelconque des facteurs ci-dessus.

4.2.2 Décès par cause obstétricale indirecte : ce sont ceux qui résultent d'une maladie pré-existante ou d'une affection apparue au cours de la grossesse sans qu'elle soit due à des causes obstétricales directes mais qui a été aggravée par les effets physiologiques de la grossesse.

4.3 Le taux de mortalité maternelle, le taux de décès par cause obstétricale directe et le taux de décès par cause obstétricale indirecte doivent être calculés pour mille naissances vivantes.

CERTIFICAT RELATIF AUX CAUSES DE DECES PERINATAL

A remplir pour les enfants nés morts et les enfants nés vivants décédés dans un délai de 168 heures (une semaine) après la naissance

| | |
|--|--|
| (Renseignements permettant l'identification) | <input type="checkbox"/> Cet enfant est né vivant le _____ à _____ heures |
| | <input type="checkbox"/> est mort le _____ à _____ heures |
| | <input type="checkbox"/> Cet enfant est né mort le _____ à _____ heures |
| | Le décès est survenu avant le travail <input type="checkbox"/> pendant le travail <input type="checkbox"/> réponse inconnue <input type="checkbox"/> |

Mère

Enfant

| | |
|--|--|
| Date de naissance <input type="text"/> | Premier jour des dernières règles ou, si elle est inconnue, âge (en années) <input type="text"/> |
| Nombre de grossesses antérieures : | Visites prénatales (deux ou plus) |
| Naissances vivantes <input type="text"/> | Oui <input type="text"/> |
| Enfants nés morts <input type="text"/> | Non <input type="text"/> |
| Avortements <input type="text"/> | Inconnu <input type="text"/> |
| Issue de la dernière grossesse : | Accouchement : |
| Naissance vivante <input type="text"/> | Normal, spontané, en présentation du sommet <input type="checkbox"/> |
| Enfant né mort <input type="text"/> | Autre (préciser) |
| Avortement <input type="text"/> | |
| Date <input type="text"/> | |

| |
|--|
| Poids à la naissance grammes |
| Sexe : garçon <input type="checkbox"/> fille <input type="checkbox"/> indéterminé <input type="checkbox"/> |
| Naissance unique <input type="checkbox"/> Premier jumeau <input type="checkbox"/> |
| Deuxième jumeau <input type="checkbox"/> Autre naissance multiple <input type="checkbox"/> |

Personne ayant donné ses soins au moment de la naissance

| |
|--|
| Médecin <input type="checkbox"/> Sage-femme qualifiée <input type="checkbox"/> |
| Autre personne qualifiée (préciser) |
| Autre (préciser) |

CAUSES DU DECES

- Principale maladie ou affection du fœtus ou de l'enfant
- Autres maladies ou affections du fœtus ou de l'enfant
- Principale maladie ou affection maternelle influant sur le fœtus ou l'enfant
- Autres maladies ou affections maternelles influant sur le fœtus ou l'enfant
- Autres circonstances pertinentes

| | |
|--|--------------------|
| La cause certifiée du décès a été confirmée par autopsie <input type="checkbox"/> | Je certifie |
| Les constatations de l'autopsie pourront être communiquées ultérieurement <input type="checkbox"/> | |
| Pas d'autopsie <input type="checkbox"/> | |
| | Signature et titre |

NOUVELLE REGLE DE MODIFICATION POUR LE CHOIX DE LA CAUSE INITIALE DE DECES

Règle 12. Accidents au cours d'un traitement ou réactions adverses à un traitement

Lorsque la cause initiale choisie a entraîné un traitement, chirurgical ou autre, et que l'entraînement de circonstances rapporté dans la partie I indique précisément que le décès provient d'un accident pendant le traitement ou d'une réaction adverse à un traitement correct, il faut considérer que l'enchaînement des événements aboutissant à la mort a débuté au moment où le patient a réagi d'une manière anormale ou au moment où un accident s'est produit et modifier en conséquence la cause retenue. Cette règle ne s'applique pas aux accidents survenant pendant les tentatives de réanimation.

- Exemple 1 : Ia Anémie aplasique
 b Traitement à la butazolidine pour
 c Arthrite

Classer sous anémie aplasique et effets adverses du traitement par la butazolidine (correctement administrée). L'arthrite, choisie selon la règle générale, est éliminée en faveur des effets adverses de son traitement.

- Exemple 2 : Ia Hémorragie interne généralisée
 b Destruction des plaquettes
 c Injection de sels d'or
 II Arthrite rhumatoïde

Classer sous thrombocytopénie et effets adverses de la chrysothérapie (correctement administrée). L'arthrite rhumatoïde, choisie selon la règle 3, est éliminée en faveur des conséquences néfastes de son traitement.

- Exemple 3 : Ia Thrombocytopénie due au traitement par le mitobronitol
 b Leucémie myéloïde chronique

Classer sous leucémie myéloïde chronique; dans le cas du traitement par le mitobronitol, la thrombocytopénie correspond à un risque calculé et n'est pas considérée comme un effet fâcheux accidentel.

- Exemple 4 : Ia Hypernatrémie
 b Solution émétique et lavage gastrique
 c Administration par erreur d'une double dose d'un médicament hypnogène à l'hôpital (sédation nocturne)

Classer sous empoisonnement par surdosage d'un hypnotique, premier événement fâcheux.

- Exemple 5 : Ia Nécrose hépatique massive
 b Anesthésie à l'halothane
 c Cholécystectomie
 II Lithiase biliaire

Classer sous nécrose hépatique et effets néfastes de l'anesthésie à l'halothane (administrée normalement). La lithiase biliaire, choisie selon la règle 3, est éliminée en faveur des conséquences fâcheuses de l'opération.

- Exemple 6 :
- Ia Infarctus cérébral
 - b Anoxie
 - c Mauvaise position de la sonde endotrachéale pendant une opération pour
 - d Cancer de l'utérus

Classer sous lésion anoxique du cerveau et mauvaise position de la sonde endotrachéale lors de l'anesthésie. Le cancer utérin qui, selon la règle générale, aurait été retenu, est dans ce cas éliminé.

- Exemple 7 :
- Ia Insuffisance hépatique
 - b Hépatite post-transfusionnelle (virus B)
 - II Prostatectomie pour hypertrophie de la prostate

Classer sous hépatite du sérum et contamination lors de la transfusion.

LISTES ABREGEES POUR LA MISE EN TABLEAUX DES CAUSES DE MORTALITE ET DE MORBIDITEi) LISTE DE BASE POUR LA MISE EN TABLEAUX

| | | |
|-----|--|--------------|
| 01 | <u>Maladies infectieuses intestinales</u> | (001-009) |
| 010 | Choléra | 001.- |
| 011 | Fièvre typhoïde | 002.0 |
| 012 | Shigellose | 004.- |
| 013 | Toxi-infection alimentaire | 003.-, 005.- |
| 014 | Amibiase | 006.- |
| 015 | Infections intestinales dues à d'autres micro-organismes précisés | 007-008 |
| 016 | Maladies diarrhéiques | 009.- |
| 02 | <u>Tuberculose</u> | (010-018) |
| 020 | Tuberculose pulmonaire | 011.- |
| 021 | Autres tuberculoses de l'appareil respiratoire | 010-012 |
| 022 | Tuberculose des méninges et du système nerveux central | 013.- |
| 023 | Tuberculose de l'intestin, du péritoine et des ganglions mésentériques | 014 |
| 024 | Tuberculose des os et des articulations | 015.- |
| 025 | Tuberculose de l'appareil génito-urinaire | 016.- |
| 03 | <u>Autres maladies bactériennes</u> | (020-041) |
| 030 | Peste | 020.- |
| 031 | Brucellose | 023.- |
| 032 | Lèpre | 030.- |
| 033 | Diptérie | 032.- |
| 034 | Coqueluche | 033.- |
| 035 | Angine à streptocoques, scarlatine et erysipèle | 034-035 |
| 036 | Infections à méningocoques | 036.- |
| 037 | Tétanos | 037 |
| 038 | Septicémie | 038.- |
| 04 | <u>Maladies à virus</u> | (045-079) |
| 040 | Poliomyélite aiguë | 045.- |
| 041 | Variole | 050.- |
| 042 | Rougeole | 055.- |
| 043 | Rubéole | 056.- |
| 044 | Fièvre jaune | 060.- |
| 045 | Encephalites à virus transmises par les arthropodes | 062-064 |
| 046 | Hépatite virale | 070.- |
| 047 | Rage | 071 |
| 048 | Trachome | 076.- |

| | | |
|-----|--|-------------------------------|
| 05 | <u>Rickettsioses et autres maladies infectieuses transmises par les arthropodes</u> | (080-088) |
| 050 | Typhus à poux | 080 |
| 051 | Autres rickettsioses | 081-083 |
| 052 | Paludisme | 084.- |
| 053 | Leishmaniose | 085.- |
| 054 | Trypanosomiase | 086.- |
| 06 | <u>Maladies vénériennes</u> | (090-099) |
| 060 | Syphilis | 090-097 |
| 061 | Infections gonococciques | 098.- |
| 07 | <u>Autres maladies infectieuses et parasitaires et séquelles des maladies infectieuses et parasitaires</u> | (100-139) |
| 070 | Maladies non-syphilitiques à spirochètes | 100-104 |
| 071 | Mycoses | 110-117 |
| 072 | Schistosomiase | 120.- |
| 073 | Echinococcose | 122.- |
| 074 | Filariose | 125.- |
| 075 | Ankylostomiase | 126.- |
| 076 | Autres helminthiases | 121.-, 123-124, 127-129 |
| 077 | Séquelles de la tuberculose | 137.- |
| 078 | Séquelles de la poliomyélite aiguë | 138 |
| 08 | <u>Tumeurs malignes de la lèvre, de la cavité buccale et du pharynx</u> | (140-149) |
| 09 | <u>Tumeurs malignes de l'appareil digestif et du péritoine</u> | (150-159) |
| 090 | Tumeur maligne de l'oesophage | 150.- |
| 091 | Tumeur maligne de l'estomac | 151.- |
| 092 | Tumeur maligne de l'intestin grêle, y compris le duodenum | 152.- |
| 093 | Tumeur maligne du gros intestin | 153.- |
| 094 | Tumeur maligne du rectum et du canal anal | 154.- |
| 095 | Tumeur maligne du foie, spécifiée comme primitive | 155.0 |
| 096 | Tumeur maligne du pancréas | 157.- |
| 10 | <u>Tumeurs malignes de l'appareil respiratoire et des organes thoraciques</u> | (160-165) |
| 100 | Tumeur maligne du larynx | 161.- |
| 101 | Tumeur maligne de la trachée, des bronches et du poumon | 162.- |

| | | |
|-----|--|------------------------|
| 11 | <u>Tumeurs malignes des os, du tissu conjonctif, de la peau et du sein</u> | (170-174) |
| 110 | Tumeur maligne des os | 170.- |
| 111 | Mélanome malin de la peau | 172.- |
| 112 | Autres tumeurs malignes de la peau | 173.- |
| 113 | Tumeur maligne du sein | 174.- |
| 12 | <u>Tumeurs malignes des organes genito-urinaires</u> | (179-189) |
| 120 | Tumeur maligne du col de l'utérus | 180.- |
| 121 | Tumeur maligne du placenta | 181 |
| 122 | Tumeur maligne de l'utérus | 179, 182.- |
| 123 | Tumeur maligne de l'ovaire et des autres annexes de l'utérus | 183.- |
| 124 | Tumeur maligne de la prostate | 185 |
| 125 | Tumeur maligne du testicule | 186.- |
| 126 | Tumeur maligne de la vessie | 188.- |
| 13 | <u>Tumeurs malignes de sièges autres et sans précision</u> | (190-199) |
| 130 | Tumeur maligne du cerveau | 191.- |
| 14 | <u>Tumeurs des tissus lymphatiques et hématopoïétiques</u> | (200-209) |
| 140 | Maladie de Hodgkin | 201.- |
| 141 | Leucémie | 204-208 |
| 15 | <u>Tumeurs bénignes</u> | (210-229) |
| 150 | Tumeur bénigne de la peau | 216.- |
| 151 | Tumeur bénigne du sein | 217.- |
| 152 | Tumeur bénigne de l'utérus | 218-219 |
| 153 | Tumeur bénigne de l'ovaire | 220.- |
| 154 | Tumeur bénigne du rein et des autres organes urinaires | 223.- |
| 155 | Tumeur bénigne intra-crânienne | 225.0-225.2 |
| 156 | Tumeur bénigne intra-rachidienne | 225.3-225.4 |
| 16 | <u>Epithélioma in situ</u> | (230-234) |
| 17 | <u>Tumeurs autres et non précisées</u> | (235-239) |
| 18 | <u>Maladies endocriniennes, du métabolisme et troubles immunitaires</u> | (240-259) (270-279) |
| 180 | Troubles du corps thyroïde | 240-246 |
| 181 | Diabète sucré | 250.- |
| 182 | Hyperlipoprotéinémie | 272.0-272.1 |
| 183 | Obésité d'origine non-endocrinienne | 278.0 |

| | | |
|-----|---|--------------------|
| 19 | <u>Etats de carence</u> | (260-269) |
| 190 | Kwashiorkor | 260 |
| 191 | Marasme nutritionnel | 261 |
| 192 | Autres malnutritions protéino-caloriques | 262-263 |
| 193 | Avitaminoses | 264-269 |
| 20 | <u>Maladies du sang et des organes hématopoïétiques</u> | (280-289) |
| 200 | Anémies | 280-285 |
| 21 | <u>Troubles mentaux</u> | (290-319) |
| 210 | Etats psychotiques organiques séniles et préséniles | 290.- |
| 211 | Psychoses schizophréniques | 295.- |
| 212 | Psychoses affectives | 296.- |
| 213 | Autres psychoses | 291-294 297-299 |
| 214 | Troubles névrotiques et troubles de la personnalité | 300-301 |
| 215 | Alcoolisme | 303 |
| 216 | Dépendance de drogues | 304.- |
| 217 | Troubles somatiques d'origine psychique | 306.- |
| 218 | Retard mental | 317-319 |
| 22 | <u>Maladies du système nerveux</u> | (320-359) |
| 220 | Méningites | 320-322 |
| 221 | Maladie de Parkinson | 332.- |
| 222 | Autres affections héréditaires et dégénératives du système nerveux central | 330-331 333-336 |
| 223 | Sclérose en plaques | 340 |
| 224 | Paralysie cérébrale infantile et autres syndromes paralytiques | 343-344 |
| 225 | Epilepsie | 345.- |
| 23 | <u>Maladies de l'oeil et ses annexes</u> | (360-379) |
| 230 | Glaucome | 365.- |
| 231 | Cataracte | 366.- |
| 232 | Cécité et baisse de vision | 369.- |
| 233 | Conjonctivite | 372.0-372.3 |
| 234 | Affections de l'appareil lacrymal | 375.- |
| 235 | Strabisme | 378.- |
| 24 | <u>Maladies de l'oreille et de l'apophyse mastoïde</u> | (380-389) |
| 240 | Otite moyenne et mastoïdite | 381-383 |
| 241 | Surdité | 389.- |
| 25 | <u>Rhumatisme articulaire aigu et cardiopathies rhumatismales</u> | (390-398) |
| 250 | Rhumatisme articulaire aigu | 390-392 |
| 251 | Cardiopathies rhumatismales chroniques | 393-398 |

| | | |
|-----|--|------------------------|
| 26 | <u>Maladies hypertensives</u> | (401-405) |
| 260 | Cardiopathies dues à l'hypertension | 402.-. 404.- |
| 27 | <u>Myocardiopathies ischémiques</u> | (410-417) |
| 270 | Infarctus aigu du myocarde | 410 |
| 28 | <u>Maladies de la circulation pulmonaire et autres formes de cardiopathies</u> | (415-429) |
| 280 | Embolie pulmonaire | 415.1 |
| 281 | Troubles du rythme cardiaque | 427.- |
| 29 | <u>Maladies cérébro-vasculaires</u> | (430-438) |
| 290 | Hémorragie sous-arachnoïdienne | 430 |
| 291 | Hémorragie intracérébrale et autres hémorragies intra-crâniennes | 431-432 |
| 292 | Infarctus cérébral | 433-434 |
| 293 | Maladies cérébro-vasculaires aiguës et mal définies | 436 |
| 294 | Maladies ischémiques cérébro-vasculaires généralisées | 437.0 |
| 30 | <u>Maladies des autres parties de l'appareil circulatoire</u> | (440-459) |
| 300 | Athérosclérose | 440.- |
| 301 | Embolie et thrombose artérielles | 444.- |
| 302 | Autres maladies des artères, artérioles et capillaires | 441-443 |
| 303 | Phlébite et thrombophlébite, embolies et thromboses veineuses | 446-448 451-453 |
| 304 | Varices des membres inférieurs | 454.- |
| 305 | Hémorroïdes | 455.- |
| 31 | <u>Maladies des voies respiratoires supérieures</u> | (460-465) (470-478) |
| 310 | Angine (amygdalite aiguë) | 463 |
| 311 | Laryngite et trachéite aiguës | 464.- |
| 312 | Autres infections aiguës des voies respiratoires supérieures | 465.- |
| 313 | Déviations de la cloison nasale et polypes du nez | 470-471 |
| 314 | Pharyngite, rhinopharyngite et sinusite chroniques | 472-473 |
| 315 | Affections chroniques des amygdales et des végétations adénoïdes | 474.- |
| 32 | <u>Autres maladies de l'appareil respiratoire</u> | (466, 480-519) |
| 320 | Bronchite et bronchiolite aiguës | 466.- |
| 321 | Pneumonie | 480-486 |
| 322 | Grippe | 487.- |
| 323 | Bronchite chronique et sans précision, emphysème et asthme | 490-493 |

| | | |
|-----|---|--------------|
| 324 | Bronchectasie | 494 |
| 325 | Autres maladies pulmonaires chroniques, obstructives | 495-496 |
| 326 | Pneumoconiose et autres maladies pulmonaires dues à des agents externes | 500-508 |
| 327 | Pleurésie | 511.- |
| 33 | <u>Maladies de la cavité buccale, des glandes salivaires et des maxillaires</u> | (520-529) |
| 330 | Maladies des dents et du parodonte | 520-525 |
| 331 | Maladies des maxillaires | 526.- |
| 34 | <u>Maladies des autres parties de l'appareil digestif</u> | (530-579) |
| 340 | Maladies de l'oesophage | 530.- |
| 341 | Ulcère de l'estomac et du duodénum | 531-533 |
| 342 | Appendicite | 540-543 |
| 343 | Hernie abdominale | 550-553 |
| 344 | Occlusion intestinale sans mention de hernie | 560.- |
| 345 | Diverticule de l'intestin | 562.- |
| 346 | Autres troubles fonctionnels de l'appareil digestif | 564.- |
| 347 | Maladies chroniques et cirrhose du foie | 571.- |
| 348 | Lithiase biliaire et cholécystite | 574-575.1 |
| 35 | <u>Maladies de l'appareil urinaire</u> | (580-599) |
| 350 | Néphrite, syndrome néphrotique et néphrose | 580-589 |
| 351 | Infections rénales | 590.- |
| 352 | Calculs des voies urinaires | 592.-, 594.- |
| 353 | Cystite | 595.- |
| 36 | <u>Maladies des organes génitaux de l'homme</u> | (600-608) |
| 360 | Hyperplasie de la prostate | 600 |
| 361 | Hydrocèle | 603.- |
| 362 | Phimosis et hypertrophie du prépuce | 605 |
| 363 | Stérilité de l'homme | 606 |
| 37 | <u>Affections des organes génitaux de la femme</u> | (610-629) |
| 370 | Affections du sein | 610-611 |
| 371 | Salpingite et ovarite | 614 0-614.2 |
| 372 | Affections inflammatoires du paramètre et du péritoine pelvien | 614.3-614.9 |
| 373 | Affections inflammatoires de l'utérus, du cervix, du vagin et de la vulve | 615-616 |
| 374 | Prolapsus utéro-vaginal | 618.- |
| 375 | Troubles de la menstruation | 626.0-626.5 |
| 376 | Stérilité de la femme | 628.- |

| | | |
|-----|---|-------------------------------------|
| 38 | <u>Avortements</u> | (630-639) |
| 380 | Avortement spontané | 634.- |
| 381 | Avortement légal et thérapeutique | 635.- |
| 382 | Avortement illégal et avortement provoqué par la femme sur elle-même | 636.- |
| 39 | <u>Autres complications de la grossesse, de l'accouchement et des suites de couches</u> | (640-648) (651-676) |
| 390 | Hémorragie du début de la grossesse, hémorragie antepartum et postpartum | 640-641 666.- |
| 391 | Toxémie de la grossesse | 642.4-642.9 643.- |
| 392 | Infection des voies urinaires | 647.1 |
| 393 | Dystocie par obstruction | 660.- |
| 394 | Complications des suites de couches | 670-676 |
| 40 | <u>Accouchement normal</u> | (650) |
| 41 | <u>Maladies de la peau et du tissu cellulaire sous-cutané</u> | (680-709) |
| 410 | Infections de la peau et du tissu cellulaire sous-cutané | 680-686 |
| 42 | <u>Maladies du système ostéo-articulaire, des muscles et du tissu conjonctif</u> | (710-739) |
| 420 | Arthrite rhumatoïde, à l'exclusion de la colonne vertébrale | 714.- |
| 421 | Autres arthropathies | 710-713 715-716 |
| 422 | Autres lésions des articulations | 717-719 |
| 423 | Spondylarthrite ankylosante | 720.0 |
| 424 | Autres atteintes des régions du plan dorsal | 720.1-724 |
| 425 | Rhumatisme articulaire, à l'exclusion des affections du plan dorsal | 725-729 |
| 426 | Ostéomyélite et périostite | 730.- |
| 427 | Déformations acquises des membres | 734-736 |
| 43 | <u>Anomalies congénitales</u> | (740-759) |
| 430 | Spina bifida et hydrocéphalie | 741.-, 742.3 |
| 431 | Autres anomalies congénitales du système nerveux | 740.- 742.0-742.2 742.4-742.9 |
| 432 | Anomalies congénitales du coeur et de l'appareil circulatoire | 745-747 |
| 433 | Fissure du palais et bec-de-lièvre | 749.- |
| 434 | Autres anomalies congénitales de l'appareil digestif | 750-751 |
| 435 | Ectopie testiculaire | 752.5 |
| 436 | Luxation congénitale de la hanche | 754.3 |
| 437 | Autres malformations du système ostéo-musculaire | 754.0-754.2 754.4-756 |

| | | |
|-----|--|---------------------------------------|
| 44 | <u>Certaines affections dont l'origine se situe dans la période périnatale</u> | (760-779) |
| 440 | Affections maternelles | 760.- |
| 441 | Complications du travail | 761-763 |
| 442 | Croissance lente et immaturité | 764-765 |
| 443 | Traumatisme obstétrical | 767.- |
| 444 | Hypoxie et asphyxie | 768-770 |
| 445 | Maladie hémolytique | 773.- |
| 45 | <u>Symptômes, signes et états morbides mal définis</u> | (780-799) |
| 450 | Pyrexie d'origine inconnue | 780.6 |
| 451 | Symptômes relatifs au coeur | 785.0-785.3 |
| 452 | Douleurs abdominales | 789.0 |
| 453 | Colique rénale | 788.0 |
| 454 | Rétention d'urine | 788.2 |
| 455 | Sénilité sans mention de psychose | 797 |
| 456 | Syndrome de la mort subite chez le nourrisson | 798.0 |
| 457 | Arrêt respiratoire | 799.1 |
| 46 | <u>Fractures</u> | (800-829) |
| 460 | Fracture du crâne et des os du visage | 800-804 |
| 461 | Fracture de la colonne vertébrale et du tronc | 805-809 |
| 462 | Fracture de l'humérus, du radius et du cubitus | 812-813 |
| 463 | Fracture du col du fémur | 820.- |
| 464 | Fracture d'autres parties du fémur | 821.- |
| 465 | Fracture du tibia, du péroné et de la cheville | 823-824 |
| 466 | Autres fractures des membres | 810-811 814-819 822, 825-829 |
| 47 | <u>Luxations, entorses et foulures</u> | (830-848) |
| 48 | <u>Traumatismes intra-crâniens, intra-thoraciques et intra-abdominaux, y compris les nerfs</u> | (850-869) (950-957) |
| 480 | Commotion cérébrale | 850 |
| 481 | Autres traumatismes intra-crâniens | 851-854 950-951 |
| 49 | <u>Plaies et traumatismes des vaisseaux sanguins</u> | (870-904) |
| 490 | Plaie de la tête y compris l'oeil et l'oreille | 870-873 |
| 491 | Plaie du membre supérieur | 880-887 |
| 492 | Plaie du membre inférieur | 890-897 |
| 50 | <u>Effets d'un corps étranger pénétrant par un orifice naturel</u> | (930-939) |
| 51 | <u>Brûlures</u> | (940-949) |
| 510 | Brûlure limitée à l'oeil et ses annexes | 940.- |
| 511 | Brûlure du poignet et de la main | 944.- |

| | | |
|-----|--|-------------------------------------|
| 52 | <u>Empoisonnements et intoxications</u> | (960-989) |
| | 520 Empoisonnement par produits pharmaceutiques | 960-979 |
| 53 | <u>Complications dues à des actes chirurgicaux et à des soins médicaux</u> | (996-999) |
| 54 | <u>Autres traumatismes, complications précoces des traumatismes</u> | (910-929) (958-959) (990-995) |
| 55 | <u>Séquelles des traumatismes, des empoisonnements, des effets nocifs de substances toxiques et d'autres causes externes</u> | (905-909) |
| E46 | <u>Accidents de transport</u> | (E800-E848) |
| | E460 Accident de véhicule à moteur | E810-E819 |
| | E461 Autres accidents de transport routier | E800-E807 E826-E829 |
| | E462 Accident de transport par eau | E830-E838 |
| | E463 Accident d'aviation et de vol spatial | E840-E845 |
| E47 | <u>Empoisonnement accidentel</u> | (E850-E896) |
| | E470 Effets nocifs des produits pharmaceutiques | E850-E858 |
| | E471 Effets nocifs d'autres substances solides et liquides | E860-E866 |
| | E472 Effets nocifs des gaz et des vapeurs | E867-E869 |
| E48 | <u>Accidents, réactions anormales, complications tardives, dus aux soins médicaux</u> | (E870-E879) |
| E49 | <u>Chute accidentelle</u> | (E880-E888) |
| E50 | <u>Incendie</u> | (E890-E899) |
| E51 | <u>Accidents dus aux agents physiques naturels, aux facteurs de milieu, aux corps étrangers pénétrants par un orifice naturel, submersions, suffocations et autres accidents</u> | (E900-E928) |
| | E510 Accident dû à un agent physique naturel, aux facteurs de milieu | E900-E909 |
| | E511 Submersion, suffocation accidentelles | E910.- |
| | E512 Corps étranger, pénétrant par un orifice naturel | E914-E915 |
| | E513 Accident causé par instrument tranchant ou perforant | E919-E920 |
| | E514 Accident causé par projectiles d'armes à feu | E922.- |

| | | |
|-------|--|------------------------|
| E52 | <u>Drogues et médicaments pouvant causer des accidents au cours de leur administration thérapeutique</u> | (E930-E949) |
| E53 | <u>Suicide</u> | (E950-E959) |
| E54 | <u>Homicide</u> | (E960-E969) |
| E55 | <u>Autres accidents et séquelles d'accidents</u> | (E929.-, E970-E999) |
| E550 | Séquelles d'accidents | E929.- |
| E551 | Lésions causées d'une manière indéterminée quant à l'intention | E980-E989 |
| E552 | Lésions causées par des actes de guerre | E990-E999 |
| <hr/> | | |
| VO | <u>Autres motifs de recours aux services de santé</u> | (V00-V98) |
| VO1 | Examen et investigation des personnes et des groupes, vaccination et autres mesures prophylactiques | V00-V16 |
| VO2 | Surveillance périnatale | V20-V23 |
| VO3 | Autres raisons médicales de recours aux services de santé, examen de surveillance après maladie | {V25-V28 {V30-V39 |
| VO4 | Raisons sociales et autres raisons de recours aux services de santé | V40-V45 |
| VO5 | Enfants nés vivants en bonne santé | V50-V57 |

ii) LISTE POUR LA MISE EN TABLEAUX DES CAUSESDE MORTALITE

| | | |
|-------|--|---------|
| 01-55 | Toutes causes | 001-999 |
| 01-07 | Maladies infectieuses et parasitaires | 001-139 |
| 01 | Maladies infectieuses intestinales | 001-009 |
| 02 | Tuberculose | 010-018 |
| 034 | Coqueluche | 033.- |
| 036 | Infections à méningocoques | 036.- |
| 037 | Tétanos | 037.- |
| 038 | Septicémie | 038.- |
| 041 | Variolle | 050.- |
| 042 | Rougeole | 055.- |
| 052 | Paludisme | 084.- |
| 08-14 | Tumeurs malignes | 140-209 |
| 091 | Tumeur maligne de l'estomac | 151.- |
| 093 | Tumeur maligne du gros intestin | 153.- |
| 094 | Tumeur maligne du rectum et du canal anal | 154.- |
| 101 | Tumeur maligne de la trachée, des bronches et du poumon | 162.- |
| 113 | Tumeur maligne du sein | 174.- |
| 120 | Tumeur maligne du col de l'utérus | 180.- |
| 141 | Leucémie | 204-208 |
| 181 | Diabète sucré | 250.- |
| 191 | Marasme nutritionnel | 261.- |
| 192 | Autres malnutritions protéino-caloriques | 262-263 |
| 200 | Anémies | 280-285 |
| 220 | Méningites | 320-322 |
| 25-30 | Maladies de l'appareil circulatoire | 390-459 |
| 250 | Rhumatisme articulaire aigu | 390-392 |
| 251 | Cardiopathies rhumatismales chroniques | 393-398 |
| 26 | Maladies hypertensives | 401-405 |
| 27 | Myocardopathies ischémiques | 410-414 |
| 270 | Infarctus aigu du myocarde | 410 |

| | | |
|---------|--|--------------------|
| 29 | Maladies cérébro-vasculaires | 430-438 |
| 300 | Athérosclérose | 440.- |
| 321 | Pneumonie | 480-486 |
| 322 | Grippe | 487.- |
| 323 | Bronchite, emphysème et asthme | 490-493 |
| 341 | Ulcère de l'estomac et du duodénum | 531-533 |
| 342 | Appendicite | 540-543 |
| 347 | Maladies chroniques et cirrhose du foie | 571.- |
| 360 | Hyperplasie de la prostate | 600 |
| 38 | Avortements | 630-639 |
| 39 | Autres complications de la grossesse, de l'accouchement et des suites de couches | 640-648 651-676 |
| 43 | Anomalies congénitales | 740-759 |
| 44 | Certaines affections dont l'origine se situe dans la période périnatale | 760-779 |
| 443 | Traumatisme obstétrical | 767.- |
| 45 | Signes, symptômes et états morbides mal définis | 780-799 |
| 46-55 | Traumatismes et empoisonnements | 800-999 |
| 46 | Fractures | 800-829 |
| 48 | Traumatismes intra-crâniens, intra-thoraciques et intra-abdominaux, y compris les nerfs | 850-869 950-957 |
| 51 | Brûlures | 940-949 |
| 52 | Empoisonnement et intoxication | 960-989 |
| E46-E52 | Accidents | E800-E949 |
| E460 | Accident de véhicule à moteur | E810-E819 |
| E49 | Chute accidentelle | E880-E888 |
| E53 | Suicide | E950-E959 |
| E54 | Homicide | E960-E969 |

iii) LISTE POUR LA MISE EN TABLEAUX DES CAUSESDE MORBIDITE

| | | |
|-------|---|---------|
| 01 | Maladies infectieuses intestinales | 001-009 |
| 02 | Tuberculose | 010-018 |
| 036 | Infections à méningocoques | 036.- |
| 042 | Rougeole | 055.- |
| 052 | Paludisme | 084.- |
| 06 | Maladies vénériennes | 090-099 |
| 08-14 | Tumeurs malignes | 140-209 |
| 091 | Tumeur maligne de l'estomac | 151.- |
| 093 | Tumeur maligne du gros intestin | 153.- |
| 094 | Tumeur maligne du rectum et du canal anal | 154.- |
| 101 | Tumeur maligne de la trachée, des bronches et du poumon | 162.- |
| 113 | Tumeur maligne du sein | 174.- |
| 120 | Tumeur maligne du col de l'utérus | 180.- |
| 141 | Leucémie | 204-208 |
| 152 | Tumeur bénigne de l'utérus | 218-219 |
| 180 | Troubles du corps thyroïde | 240-246 |
| 181 | Diabète sucré | 250.- |
| 19 | Etats de carence | 260-269 |
| 21 | Troubles mentaux | 290-319 |
| 223 | Sclérose en plaques | 340 |
| 23 | Maladies de l'oeil et ses annexes | 360-379 |
| 24 | Maladies de l'oreille et de l'apophyse mastoïde | 380-389 |
| 25-30 | Maladies de l'appareil circulatoire | 390-459 |
| 251 | Cardiopathies rhumatismales chroniques | 393-398 |
| 26 | Maladies hypertensives | 401-405 |
| 270 | Infarctus aigu du myocarde | 410 |
| 29 | Maladies cérébro-vasculaires | 430-438 |
| 304 | Varices des membres inférieurs | 454.- |
| 315 | Affections chroniques des amygdales et des végétations adénoïdes | 474.- |

| | | |
|---------|--|--------------------|
| 321 | Pneumonie | 480-486 |
| 322 | Grippe | 487.- |
| 323 | Bronchite, emphysème et asthme | 490-493 |
| 330 | Maladies des dents et du parodonte | 520-525 |
| 341 | Ulcère de l'estomac et du duodénum | 531-533 |
| 342 | Appendicite | 540-543 |
| 343 | Hernie abdominale | 550-553 |
| 35 | Maladie de l'appareil urinaire | 580-599 |
| 360 | Hyperplasie de la prostate | 600 |
| 371 | Salpingite et ovarite | 614.0-614.2 |
| 374 | Prolapsus utérovaginal | 618.- |
| 38 | Avortements | 630-639 |
| 39 | Autres complications de la grossesse, de l'accouchement et des suites de couches | 640-648 651-676 |
| 40 | Accouchement normal | 650 |
| 42 | Maladies du système ostéo-articulaire, des muscles et du tissu conjonctif | 710-739 |
| 43 | Anomalies congénitales | 740-759 |
| 46-55 | Traumatismes et empoisonnements | 800-999 |
| 46 | Fractures | 800-829 |
| 48 | Traumatismes intra-crâniens, intra-thoraciques et intra-abdominaux, y compris les nerfs | 850-869 950-957 |
| 51 | Brûlures | 940-949 |
| 52 | Empoisonnement et intoxication | 960-989 |
| E46-E52 | Accidents | E800-E949 |
| E460 | Accidents de véhicule à moteur | E810-E819 |
| E49 | Chute accidentelle | E880-E888 |
| E53 | Suicide | E950-E959 |
| E54 | Homicide | E960-E969 |

ANNEX V

INTERNATIONAL CONFERENCE FOR THE
NINTH REVISION OF THE INTERNATIONAL
CLASSIFICATION OF DISEASES

CONFERENCE INTERNATIONALE POUR LA
NEUVIEME REVISION DE LA CLASSIFICATION
INTERNATIONALE DES MALADIES

Geneva, 30 September-6 October 1975
Genève, 30 septembre-6 octobre 1975

LIST OF DELEGATES AND OTHER PARTICIPANTS
LISTE DES DELEGUES ET AUTRES PARTICIPANTS

Annex V

ALGERIA

ALGERIE

Professeur Ould Rouis
Professeur à la Faculté de Médecine, Alger

Dr S. Bakouri
Maître assistant, Faculté de Médecine, Alger

AUSTRALIA

AUSTRALIE

Dr R.H.C. Wells
Commissioner
Capital Territory Health Commission

Chairman

Président

Dr J. Donovan
Adviser in Epidemiology
Australian Department of Health

AUSTRIA

AUTRICHE

Dr E. Gisinger
Director in the Federal Ministry
for Health and Environmental Protection

BELGIUM

BELGIQUE

Dr G. Dejean
Inspecteur en chef - Directeur
Ministère de la Santé publique

Dr J. van Egmond
Secrétaire de la Société belge d'Informatique médicale

Dr P.L.T.R. Minet
Chef de travaux à l'Université de Liège
Vice-Président de la Société belge d'Informatique médicale

BRAZIL

BRESIL

Professor Ruy Laurenti
School of Public Health
University of São Paulo

CANADA

Dr G.B. Hill
Director, Health Division Statistics Canada

Dr H.J. Lambert
Senior Consultant in Social Medicine
Department of National Health and Welfare

Dr J.-M. Frédette
Secrétaire du Registre de la Population du Québec
Ministère des affaires sociales

CHAD
TCHAD

Annex V

Dr Nubata Sanambaye
Médecin traitant
Hôpital central Ndjamena

DENMARK
DANEMARK

Dr Johannes Mosbech
Consultant, Department of Health Statistics
Danish National Health Service

EGYPT
EGYPTE

Dr Talaat Hilmy Guirguis
Sub-Director of the General Directorate of
Statistics and Evaluation
Ministry of Health

Dr El Sayed Basiouny Shaarawy
Director-General for Laboratories
Ministry of Public Health, Cairo

FINLAND*
FINLANDE

Mr Ake Sjöström
Director, Statistical Division
Swedish Board of Health, Stockholm

Dr Björn Smedby
Consultant, National Board of Health and
Welfare, Uppsala

FRANCE

Dr M. Aubenque
Inspecteur général
Institut national de la Statistique et des
Etudes économiques

Dr (Mlle) Madeleine Guidevaux
Chef du Centre OMS pour la Classification des Maladies
Institut national de la Santé et de la Recherche
médicale

Rapporteur

Professeur J. Chevallier
Professeur agrégé de médecine préventive, santé
publique et hygiène
Centre hospitalier et universitaire de Paris V - Cochin

Professeur D. Lewin
Professeur agrégé, Université de Paris V

Dr R. Gérard-Marchant
Chef du Département d'Anatomie pathologique
Institut Gustave-Roussy

Mademoiselle Louise Deruffe
Attache INSEE, mise à la disposition du
Ministère de la Santé, Paris

* Mr Sjöström and Dr Smedby will represent also Finland at the Conference according to agreement between Nordic Countries.

M. Sjöström et le Dr Smedby représenteront également la Finlande à la Conférence, selon l'accord entre les pays nordiques.

Annex V

GERMAN DEMOCRATIC REPUBLIC
REPUBLIQUE DEMOCRATIQUE ALLEMANDE

Dr Renate Braun
Division of International Classification
Academy of Postgraduate Medical Education

Professor Rainer Thierbach
Specialist in Pathology
Delegate of the Ministry of Health

GERMANY, FEDERAL REPUBLIC OF
ALLEMAGNE, REPUBLIQUE FEDERALE D'

Professor H. Immich
Director, Institute of Medical Documentation
and Statistics
University of Heidelberg

Dr W.H. Mombour
Deputy Director, Department of Adult Psychiatry
Max-Planck Institute for Psychiatry

Dr I. Reissner
Ministry of Social Health and Sports, Mainz

GUATEMALA

Dr Francisco Yllescas-Quesada
Chef adjoint de la Planification

HUNGARY
HONGRIE

Professor Tibor Kádár
Head of Institute for Health Administration
Postgraduate Medical School

Dr János Balogh
Head of Department, Deputy Head of Division
Ministry of Health

Dr Zoltán Marton
Head of Department on Health Statistics
Central Board of Statistics

Dr Sándor Szoboszlai
Head of Department
Central Board of Statistics

INDIA
INDE

Dr S.K. Sengupta
Director, Central Bureau of Health Intelligence
Government of India, Ministry of Health
and Family Planning

INDONESIA
INDONESIE

Annex V

Dr (Mrs) Liana Ratna Pundarika-Budiarso
Health Research and Development
Department of Health, Jakarta

IRELAND
IRLANDE

Dr T.V. O'Dwyer
Medical Officer, Department of Health, Dublin

ISRAEL

Mr Meir Handelsman
Chief, Division for Medical Economics
and Statistics
Ministry of Health

ITALY
ITALIE

Professeur Angelo Serio
Inspecteur général sanitaire
Institut national d'Assurance maladie

JAPAN
JAPON

Dr A. Tanaka
Director-General
Department of Statistics and Information
Ministry of Health and Welfare

Dr T. Soda
Chairman, Health and Welfare Statistics Council
Ministry of Health and Welfare

LIBYAN ARAB REPUBLIC
REPUBLIQUE ARABE LIBYENNE

Mr Sadek Abunaga
Director
Department of Vital and
Health Statistics

LUXEMBOURG

Monsieur P. Henckes
Service de Statistique de la santé publique
Ministère de la Santé publique et de l'Environnement

NETHERLANDS
PAYS-BAS

Dr J.H. van den Berg
Head, Department of Health Statistics
of the Central Bureau of Statistics

Annex V

NIGERIA

Dr (Mrs) Oyebisi Adelaja
Acting Senior Registrar
Medical Statistics Division
Federal Ministry of Health

NORWAY
NORVEGE

Mr A. Kvalheim
Director of Planning
Health Services of Norway

Dr M. Osnes
Superintendent
Norwegian Association of Local Authorities

POLAND
POLOGNE

Dr Feliks Oledzki
Vice-Directeur
Département des Soins sanitaires et de la Réadaptation
Ministère de la Santé et de l'Assistance sociale

Dr (Mme) Krystyna Maciejewska
Chef, Division de l'Informatique et des
Statistiques médicales
Ministère de la Santé et de l'Assistance sociale

PORTUGAL

Professor Luiz Cayolla da Motta
Deputy-Director of Health Planning
Bureau of Health

Dr Amélia Leitao
Directeur de services
Direction générale de la Santé

Monsieur H.T. Cunha de Bettencourt
Institut national de la Statistique

Monsieur A.G. Freire
Statisticien à l'Hôpital de Egas Moniz

SAUDI ARABIA
ARABIE SAOUDITE

Dr Abbass Al Marzouqui
Director of Health Affairs, Mecca

SINGAPORE
SINGAPOUR

Dr (Mrs) Ai Ju Chen
Senior Registrar, Research and Statistics Unit
Ministry of Health

Annex V

SPAIN
ESPAGNE

Dr Gerardo Clavero
Secrétaire technique
Direction générale de la Santé

Dr Juan Berrio
Chef de la Section des Statistiques sanitaires
Institut national de Statistique

SUDAN
SOUDAN

Mr Eisa Ahmed Mohammed
Health Statistician
Ministry of Health

SWEDEN
SUEDE

Mr Ake Sjöström
Director, Statistical Division
Swedish Board of Health

Dr Björn Smedby
Consultant, National Board of Health and Welfare

SWITZERLAND
SUISSE

Dr J.-C. Hübscher
Expert médical
Bureau fédéral de Statistique

Dr J. Wanner
Président de la Commission de Statistique médicale
des Associations des Hôpitaux suisses

THAILAND
THAÏLANDE

Dr Forendr Vongsfak
Director
Division of Public Health Statistics.

TOGO

Dr Tchasseu Karsa
Directeur de la Division d'Epidémiologie
Direction générale de la Santé publique

Monsieur K. Akpadja Glikpo
Ingénieur statisticien
Chef du Service national de la Statistique sanitaire
Direction générale de la Santé publique

Annex V

TRINIDAD AND TOBAGO
TRINITE-ET-TOBAGO

Mr Cyril Baker
Principal Statistical Officer
Ministry of Health

TUNISIA
TUNISIE

Dr Toufik Nacef
Professeur agrégé de Médecine préventive
Faculté de Médecine de Tunis

UNION OF SOVIET SOCIALIST REPUBLICS
UNION DES REPUBLIQUES SOCIALISTES SOVIETIQUES

Dr G. Cerkovnij
Chief, Health Statistics
Ministry of Health of the USSR

Vice-Chairman
Vice-Président

Dr A. Romensky
Head, WHO Centre for Classification of Diseases
The N.A. Semaško Institute

Dr Rimma Ignateva
Chief of Unit
The N.A. Semaško Institute

Dr I. Čašečkina
WHO Centre for Classification of Diseases
The N.A. Semaško Institute

UNITED ARAB EMIRATES
EMIRATS ARABES UNIS

Dr Ahmed Seif Mohamed
Director of Health and Medical Service, Abu-Dhabi

Dr S. Al-Qassimi
Director of Curative Medicine, Abu-Dhabi

UNITED KINGDOM
ROYAUME-UNI

Mr G. Paine
Registrar General
Office of Population Censuses and Surveys

Vice-Chairman
Vice-Président

Dr A.M. Adelstein
Chief Medical Statistician
Head, WHO Centre for Classification of Diseases
Office of Population Censuses and Surveys

Miss R.M. Loy
Technical Officer
WHO Centre for Classification of Diseases
Office of Population Censuses and Surveys

Dr M.E. Abrams
Senior Medical Officer, Research management
Department of Health and Social Security

Annex V

UNITED KINGDOM (continued)
ROYAUME-UNI (suite)

Dr M.A. Heasman Rapporteur
Director, Information Services Division
Scottish Health Service, Common Services Agency,
Edinburgh

Dr A. Robb-Smith
Director of Pathology, Radcliffe Infirmary, Oxford

Dr P.H.N. Wood
ARC Epidemiology Research Unit
University of Manchester

Dr P.M. Dunn
Department of Child Health
Southmead Hospital
University of Bristol

UNITED REPUBLIC OF CAMEROON
REPUBLIQUE-UNIE DU CAMEROUN

Dr Robert Nzhie
Administrateur de Santé publique
Directeur des Etudes, de la Planification et
des Statistiques sanitaires
Ministère de la Santé publique

UNITED STATES OF AMERICA
ETATS-UNIS D'AMERIQUE

Dr Iwao M. Moriyama Vice-Chairman
Vice-Président
Former Associate Director for International
Statistics
Health Resources Administration
Department of Health, Education and Welfare

Professor Edward B. Perrin
Department of Health Services, University
of Washington
Research Scientist, Human Affairs Research
Center, Battelle-Seattle

Mrs Alice Dolman
Medical Data Specialist
National Center for Health Statistics
Department of Health, Education and Welfare

Dr Vergil N. Slee
President, Commission on Professional and
Hospital Activities, Ann Arbor

Miss Mary Converse
Senior Staff, Division of Medical Services
American Hospital Association

Miss Sue Meads
Adviser, Department of Health, Education
and Welfare

Annex V

VENEZUELA

Dr José Rodriguez
Sous-Directeur de la Santé publique
Ministère de la Santé et de l'Assistance sociale

Dr José Avilan-Rovira
Chef de la Division des Statistiques
et du Calcul

Vice-Chairman
Vice-Président

Dr Ramon A. Tinedo
Directeur, Centre de l'Amérique latine pour
la Classification des maladies

YUGOSLAVIA
YUGOSLAVIE

Dr Cedomir Vukmanović
Director, Federal Institute of Public Health

Dr Velibor Tomić
Director, Institute for Organization of Health
Care and Health Economics

Dr Jože Čuček
Chief, Department of Health Statistics
Institute of Public Health, Ljubljana

Dr Milan Jovanović
Deputy Director of Institute of Public Health,
Zagreb

Professor Bojan Pirc
President, National Committee for Vital and
Health Statistics of Yugoslavia

ZAIRE

Dr M.N. Nkondi
Directeur des Services généraux et Etudes
Première Direction du Département de la
Santé publique

Annex V

REPRESENTATIVES OF THE UNITED NATIONS AND RELATED ORGANIZATIONS
REPRESENTANTS DES NATIONS UNIES ET DES INSTITUTIONS APPARENTÉES

Mr W. Selzer

ORGANIZATION FOR ECONOMIC COOPERATION AND DEVELOPMENT
ORGANISATION DE COOPERATION ET DE DEVELOPPEMENT ECONOMIQUES

Mr J. Lintott
Consultant

INTERNATIONAL LABOUR ORGANISATION (ILO)
ORGANISATION INTERNATIONALE DU TRAVAIL (BIT)

Dr M. Stilon de Piro
Social Security Division

REPRESENTATIVES OF NON-GOVERNMENTAL ORGANIZATIONS
REPRESENTANTS DES ORGANISATIONS NON GOUVERNEMENTALES

INTERNATIONAL DENTAL FEDERATION
FEDERATION DENTAIRE INTERNATIONALE

Professor L. Baume

INTERNATIONAL LEAGUE OF DERMATOLOGICAL SOCIETIES
LIGUE INTERNATIONALE DES SOCIETES DE DERMATOLOGIE

Professor J. Civatte

INTERNATIONAL SOCIETY FOR THE REHABILITATION OF THE DISABLED
SOCIETE INTERNATIONALE POUR LA READAPTATION DES HANDICAPES

Professor K.A. Jochheim

INTERNATIONAL FEDERATION OF GYNECOLOGY AND OBSTETRICS
FEDERATION INTERNATIONALE DE GYNECOLOGIE ET D'OBSTETRIQUE

Professor A. Ingelman-Sundberg

WORLD FEDERATION OF NEUROSURGICAL SOCIETIES
FEDERATION MONDIALE DES SOCIETES DE NEUROCHIRURGIE

Professor E.F. Zander

Annex V

INTERNATIONAL FEDERATION OF OPHTHALMOLOGICAL SOCIETIES
FEDERATION INTERNATIONALE DES SOCIETES D'OPHTHALMOLOGIE

Dr A. Colenbrander

INTERNATIONAL PAEDIATRIC ASSOCIATION
ASSOCIATION INTERNATIONALE DE PEDIATRIE

Professor A. Mégevand

WORLD ASSOCIATION OF SOCIETIES OF PATHOLOGY
ASSOCIATION MONDIALE DES SOCIETES DE PATHOLOGIE

Dr W. Jacob

INTERNATIONAL SOCIETY OF RADIOLOGY
SOCIETE INTERNATIONALE DE RADICLOGIE

Professor A. Ratti

COUNCIL FOR INTERNATIONAL ORGANIZATIONS OF MEDICAL SCIENCES
CONSEIL DES ORGANISATIONS INTERNATIONALES DES SCIENCES MEDICALES (CIOMS)

Dr L. Verhoestraete

WORLD FEDERATION FOR MENTAL HEALTH
FEDERATION MONDIALE POUR LA SANTE MENTALE

Dr Anne Audéoud-Naville

REGIONAL OFFICES
BUREAUX REGIONAUX

Dr Abelardo Temoche
Statistician, Pan American Health Organization
WHO Regional Office for the Americas, Washington D.C.

Dr Esmat I. Hammoud
Regional Adviser on Health Statistics
WHO Regional Office for Eastern Mediterranean, Alexandria

Dr A.M. Adelstein
Consultant
WHO Regional Office for Europe, Copenhagen

Mrs O. Fraczek
Health Statistician
WHO Regional Office for South-East Asia, New Delhi

Dr M. Ishida
Regional Adviser on Health Statistics
WHO Regional Office for Western Pacific, Manila

Mr F. Sadek
Statistician
WHO Regional Office for Western Pacific,
Kuala Lumpur, Malaysia

Annex VCENTRES FOR CLASSIFICATION OF DISEASES
CENTRES POUR LA CLASSIFICATION DES MALADIES

Dr A. M. Adelstein
Head
WHO Centre for Classification of Diseases
Office of Population Censuses and Surveys, London

Miss R. M. Loy
WHO Centre for Classification of Diseases
Office of Population Censuses and Surveys, London

Dr (Mlle) Madeleine Guidevaux
Chef
Centre OMS pour la Classification des Maladies
Institut National de la Santé et de la Recherche Médicale (INSERM), Paris

Dr (Mme) Adrienne Rothschild
Centre OMS pour la Classification des Maladies
Institut National de la Santé et de la Recherche Médicale (INSERM), Paris

Dr A. Romensky
Head
WHO Centre for Classification of Diseases
The N. A. Semaško Institute, Moscow

Dr I. V. Čašečkina
WHO Centre for Classification of Diseases
The N. A. Semaško Institute, Moscow

Dr Ramon Tinedo
Director
Latin American Center for Classification of Diseases, Caracas

SECRETARIAT

Dr A. S. Pavlov
Assistant Director-General, WHO

Mr K. Uemura
Director
Division of Health Statistics, WHO

Dr K. Kupka
Chief Medical Officer
International Classification of Diseases, WHO

(Secretary)

Mr H. G. Corbett
Statistician
International Classification of Diseases, WHO

Professor G. G. Avtandilov
Head
Central Laboratory for Pathological Anatomy
Institute of Human Morphology of the
Academy of the Medical Sciences of the USSR (temporary adviser)