



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 rapport<sup>1</sup> est maintenant transmis à la Vingt-Neuvième Assemblée mondiale de la Santé conformément au paragraphe 2 de la résolution EB57.R34<sup>2</sup> 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 1<sup>er</sup> 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 Septième<sup>3</sup> et de la Huitième<sup>4</sup> Révision, souhaitera peut-être envisager l'adoption d'une résolution ainsi conçue :

<sup>1</sup> Document WHO/ICD9/REV.CONF/75.24 Rev.1.

<sup>2</sup> OMS, Actes officiels N° 231, Partie I, 1976, p. 25.

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

<sup>4</sup> 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,<sup>1</sup> priant le Directeur général d'étudier la possibilité d'établir une Nomenclature internationale des Maladies pour compléter la Classification internationale des Maladies.

\* \* \*

---

<sup>1</sup> 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 périnataux<sup>1</sup> ainsi que les recommandations du Comité d'experts<sup>2</sup> 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

<sup>1</sup> ICD/PE/74.4.

<sup>2</sup> 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<sup>ème</sup> au 286<sup>ème</sup> 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)<br>28-31 semaines (196-223 jours)<br>32-36 semaines (224-258 jours)<br>37-41 semaines (259-293 jours)<br>42 semaines (ou 294 jours) et au-delà<br>(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"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> ou, si elle est inconnue, âge (en années) <input type="text"/> <input type="text"/>  Nombre de grossesses antérieures : Naissances vivantes <input type="text"/> Enfants nés morts <input type="text"/> Avortements <input type="text"/>  Issue de la dernière grossesse : Naissance vivante <input type="text"/> Enfant né mort <input type="text"/> Avortement <input type="text"/> Date <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	Premier jour des dernières règles ou, sil est inconnu, durée estimée de la grossesse (semaines complètes) <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>  Visites prénatales (deux ou plus) Oui <input type="text"/> Non <input type="text"/> Inconnu <input type="text"/>  Accouchement : Normal, spontané, en présentation du sommet <input type="checkbox"/> Autre (préciser) .....	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

- a. Principale maladie ou affection du fœtus ou de l'enfant
- b. Autres maladies ou affections du fœtus ou de l'enfant
- c. Principale maladie ou affection maternelle influant sur le fœtus ou l'enfant
- d. Autres maladies ou affections maternelles influant sur le fœtus ou l'enfant
- e. 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 Déviation 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	Phimosi 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 Szoboszlay  
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)