

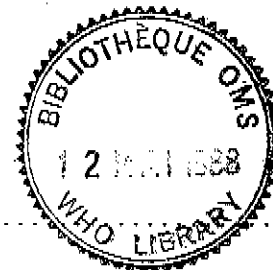


17094

Deuxième Réunion

Genève, 23-27 novembre 1987

RAPPORT



	<u>Pages</u>
1. INTRODUCTION	2
2. GENERALITES	2
3. LA FAMILLE DES CLASSIFICATIONS	3
4. REMARQUES GENERALES SUR LE QUATRIEME AVANT-PROJET DE LA CIM-10	4
5. EXAMEN DES DIFFERENTS CHAPITRES DU QUATRIEME AVANT-PROJET DE LA CIM-10	8
6. LISTES ABREGES POUR LA MISE EN TABLEAUX SELON LA CIM-10	16
7. APPUI INFORMATIONNEL A LA STRATEGIE DE LA "SANTE POUR TOUS"	18
8. CLASSIFICATION INTERNATIONALE DES HANDICAPS : DEFICIENCES, INCAPACITES ET DESAVANTAGES (CIDH)	18
9. CLASSIFICATION DES ACTES MEDICAUX (CAM)	19
10. NOMENCLATURE INTERNATIONALE DES MALADIES (NIM)	19
11. DEFINITIONS ET NORMES RELATIVES A LA MORTALITE MATERNELLE ET INFANTILE ET A LA PERIODE PERINATALE	19
12. REGLES ET DEFINITIONS CONCERNANT L'ETABLISSEMENT DU CERTIFICAT DE DECES DANS LE CADRE DE LA CIM-10	20
13. COURS DE FORMATION A L'UTILISATION DE LA CIM-10	20
14. PUBLICATION DE LA CIM-10	21
15. CODAGE DU SYNDROME DE DEFICIENCE IMMUNITAIRE ACQUISE (SIDA) DANS LA CIM-9 ...	22
16. ACTIVITES FUTURES	22
LISTE DES PARTICIPANTS	23
ANNEXE A - PLAN GENERAL PROPOSE POUR LA CIM-10	25
ANNEXE B - LISTE ABREGEE POUR LA MORTALITE GENERALE	26
ANNEXE C - LISTE ABREGEE POUR LA MORTALITE INFANTILE	29

This document is not issued to the general public, and all rights are reserved by the World Health Organization (WHO). The document may not be reviewed, abstracted, quoted, reproduced or translated, in part or in whole, without the prior written permission of WHO. No part of this document may be stored in a retrieval system or transmitted in any form or by any means - electronic, mechanical or other - without the prior written permission of WHO.

The views expressed in documents by named authors are solely the responsibility of those authors.

Ce document n'est pas destiné à être distribué au grand public et tous les droits y afférents sont réservés par l'Organisation mondiale de la Santé (OMS). Il ne peut être commenté, résumé, cité, reproduit ou traduit, partiellement ou en totalité, sans une autorisation préalable écrite de l'OMS. Aucune partie ne doit être chargée dans un système de recherche documentaire ou diffusée sous quelque forme ou par quelque moyen que ce soit - électronique, mécanique, ou autre - sans une autorisation préalable écrite de l'OMS.

Les opinions exprimées dans les documents par des auteurs cités nommément n'engagent que lesdits auteurs.

1. INTRODUCTION

Le Comité d'experts de la CIM-10 s'est réuni à Genève du 23 au 27 novembre 1987. La réunion a été ouverte par le Dr J.-P. Jardel, Sous-Directeur général, au nom du Dr H. Mahler, Directeur général de l'Organisation mondiale de la Santé. Dans son allocution d'ouverture, le Dr Jardel a mis en relief certains des événements importants qui ont jalonné la Dixième Révision de la Classification internationale des Maladies (CIM-10).

2. GENERALITES

A l'origine, la Classification internationale des Maladies (CIM) a été utilisée en vue de la collecte et de la présentation de statistiques, d'abord limitées à la mortalité, puis étendues à la morbidité. Au cours des dernières décennies, on l'a de plus en plus souvent utilisée (ou proposé de l'utiliser) à beaucoup d'autres fins, en particulier pour la planification, la surveillance et l'évaluation des services de santé. Des réunions se sont tenues dans de nombreuses régions du monde en vue d'évaluer la CIM-9 et d'examiner la forme et l'orientation souhaitables pour la CIM-10. Pour diverses raisons, la périodicité décennale normale n'a pu être respectée et il est aujourd'hui proposé de faire paraître la CIM-10 en 1993.

En 1984, le Premier Comité d'experts de la CIM-10 avait recommandé que la Dixième Révision soit conduite selon la pratique antérieure, le système numérique de codage étant toutefois remplacé par un système alphanumérique qui aurait trois avantages : a) fournir davantage de place pour la classification, b) réduire au minimum les changements de code lors des futures révisions, et c) permettre un classement plus détaillé. La forme finalement retenue est celle d'un code alphanumérique à trois caractères, à savoir une lettre suivie de deux chiffres, avec possibilité de le compléter, le cas échéant, par un chiffre en quatrième position. Les pays qui n'utilisent pas l'alphabet latin auraient la possibilité de remplacer les lettres de ce dernier par une série de 25 caractères de leur alphabet, aussi proches que possible des caractères latins.

Alors que le Premier Comité d'experts avait donné son adhésion au principe d'un avant-projet de la CIM proprement dite au niveau du codage à trois caractères, plusieurs projets successifs d'une classification détaillée au niveau du codage à quatre caractères ont par la suite été largement diffusés dans les pays et auprès des autres parties intéressées. Les observations reçues à leur sujet ont été examinées lors des réunions successives des directeurs des centres collaborateurs OMS pour la Classification des Maladies. L'OMS a organisé des consultations spéciales d'experts au sujet des sections de la CIM soulevant des problèmes particuliers, des définitions touchant à la santé maternelle et infantile et des règles de codage de la cause de décès. Le quatrième avant-projet établi sur cette base a été soumis à la présente réunion qui avait pour mandat de rédiger le projet final qui sera soumis à la Conférence internationale pour la Dixième Révision, en 1989. On trouvera à l'annexe A la liste des chapitres qui sont proposés pour la CIM-10.

Comme il est impossible que la CIM puisse englober tous les renseignements nécessaires, on a proposé qu'elle soit complétée par une famille de classifications annexes. C'est ainsi que l'OMS a dû étendre son champ d'activités à des classifications telles que la classification des handicaps (déficiences, incapacités et désavantages), diverses classifications répondant aux besoins des spécialistes, des classifications concernant les soins de santé primaires, ainsi qu'une classification des motifs de recours aux services de santé. L'Organisation a également travaillé à mettre au point un système d'appui informationnel en vue de la surveillance et de l'évaluation des progrès vers la "Santé pour tous en l'an 2000" et à préparer des matériels didactiques de base pour les codeurs sans expérience préalable de la CIM. Dans toutes ces activités, l'OMS a été solidement épaulée par ses centres collaborateurs.

3. LA FAMILLE DES CLASSIFICATIONS

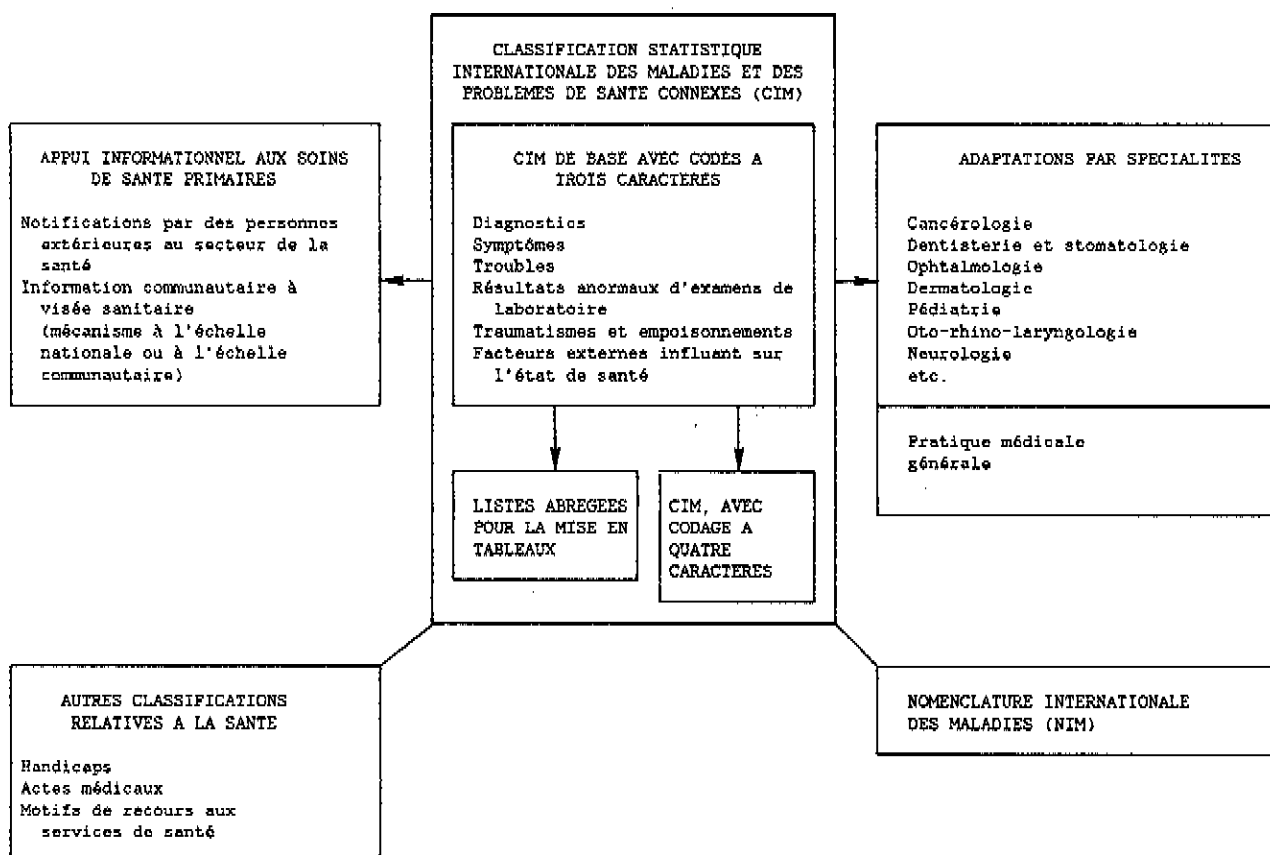
Lors de sa première réunion, le Comité d'experts avait recommandé que la CIM-10 soit conçue comme le "noyau dur" d'une famille de classifications connexes, dont un schéma possible a été présenté aux directeurs de centre à leur réunion de São Paulo (Brésil) en 1985.

La présente réunion s'est de nouveau penchée sur la question et a révisé le schéma proposé compte tenu des responsabilités qui incombent à l'OMS et des demandes reçues dans l'intervalle au sujet des systèmes internationaux de classification en rapport avec la santé. Les participants sont tombés d'accord pour estimer que la CIM-10, au niveau du système de codage à trois caractères, doit constituer l'élément central de la famille de classifications. Il devrait être clairement indiqué dans l'introduction à la CIM-10, en y insistant, qu'il s'agit là du niveau fondamental de la Classification aux fins des comparaisons internationales, vu que ce point n'est plus mis en évidence dans les Règles de Nomenclature.

Bien que les codes à quatre caractères de la Classification ne soient pas obligatoires au niveau international, le Comité d'experts a jugé qu'ils faisaient partie intégrante de la CIM, de même que les listes abrégées pour la mise en tableaux. Les classifications utilisant un codage à trois ou à quatre caractères englobent les diagnostics, les symptômes, les causes extérieures, les traumatismes et empoisonnements, les anomalies (résultats d'examens anormaux), les troubles et autres motifs de recours aux services de santé, par exemple les facteurs influant sur l'état de santé.

Le système révisé et adopté par le Comité d'experts est reproduit ci-dessous.

Classification des maladies et famille de classifications connexes



La famille des classifications des maladies et des problèmes de santé connexes devrait comporter des adaptations par spécialité, par exemple en cancérologie et en dentisterie, lesquelles consisteraient pour l'essentiel en un développement de la CIM proprement dite, ainsi que des classifications adaptées à la pratique médicale générale qui supposeraient, au contraire, une certaine condensation de la plupart des catégories de la CIM tandis que d'autres, d'intérêt plus direct pour le généraliste, seraient développées. Le Comité d'experts a estimé que ces adaptations de la CIM-10 par spécialité ne devraient pas modifier la classification au niveau des codes à quatre caractères, les précisions supplémentaires souhaitées étant fournies par un cinquième, un sixième caractère, etc. Un certain nombre d'organisations non gouvernementales se sont déjà déclarées prêtes à collaborer avec l'OMS à la rédaction de ces adaptations de la CIM-10. Afin d'assurer la coordination dans l'élaboration de ces adaptations par spécialité, le Comité d'experts a jugé essentiel que l'OMS joue le rôle d'organisme centralisateur et fournisse aux groupes concernés les directives techniques nécessaires.

Dans bien des cas, les généralistes seront à même d'utiliser une adaptation spéciale de la CIM. En revanche, le personnel chargé des notifications dans le domaine des soins de santé primaires aura besoin d'adaptations particulières, moins habitué qu'il est à la terminologie médicale. Le Comité d'experts a jugé que s'il était impossible d'établir, en vue des soins de santé primaires, une classification qui soit applicable universellement, l'OMS pouvait s'employer à fournir un soutien technique et à établir des recommandations en vue de classifications régionales ou sous-régionales. Ces classifications engloberaient les principaux types de renseignements contenus dans la CIM mais devraient être plus simples et, peut-être, de structure différente.

Le Comité a examiné un nouveau groupe de classifications portant sur des informations qui ne figurent pas dans la CIM proprement dite, bien qu'elles aient des implications médico-sanitaires importantes. Il s'agit de la classification des handicaps (déficiences, incapacités et désavantages), de la classification des actes médicaux et de la classification des motifs de recours aux services de santé - principalement destinées à la recherche, à l'exception de la seconde. Le Comité a jugé important que l'OMS prenne une part active à l'élaboration et à la révision de toutes les classifications de ce type.

4. REMARQUES GENERALES SUR LE QUATRIEME AVANT-PROJET DE LA CIM-10

4.1 Titre de la Classification

Lors de sa première réunion, le Comité d'experts avait recommandé que la CIM-10 reçoive le titre de "Classification internationale des Maladies et des Problèmes de Santé connexes". Depuis cette réunion, en 1984, il a fallu à diverses reprises insister sur le fait que la Classification ne peut être utilisée à des fins autres que celles qui lui ont été assignées et qu'elle ne convient pas, par exemple, pour l'affectation des ressources ou pour le remboursement des frais médicaux. Pour bien mettre en lumière le principal objet de la Classification, le Secrétariat recommande que le titre soit développé et devienne "Classification statistique internationale des Maladies et des Problèmes de Santé connexes", le titre abrégé demeurant CIM.

Le Comité d'experts a donné son adhésion à cette proposition et il a recommandé que le titre complet ci-dessus figure sur la couverture et sur la page de garde de la CIM-10.

4.2 Place libre en vue du développement futur de la Classification

L'avant-projet comportait 21 chapitres, utilisant 25 des 26 lettres de l'alphabet latin. Le seul caractère alphabétique inutilisé était la lettre U, car elle tombait entre les chapitres XIX et XX qu'il pourrait être nécessaire de développer lors des révisions futures. Le Comité d'experts a estimé, lui aussi, qu'il convenait de laisser de la place libre entre ces deux chapitres en vue du développement futur de la Classification.

On trouvera à l'annexe A du présent rapport les titres de chapitre avec, pour chacun, la série de codes utilisables.

Lors de sa première réunion, le Comité d'experts avait recommandé que 25 à 30 % des rubriques à trois caractères disponibles restent inemployées en vue du développement futur de la Classification et de la révision du contenu des divers chapitres. Bien que ce point de vue ait reçu l'agrément des directeurs de centre lors des réunions ultérieures, le Comité d'experts estime, sans méconnaître la valeur de ce principe général, qu'on peut y déroger dans le cas des chapitres où la classification est essentiellement d'ordre anatomique, comme c'est le cas des chapitres "Tumeurs", "Malformations congénitales" et "Traumatismes, ...".

4.3 Priorité des chapitres

Lorsque la CIM a été mise au point pour la première fois, au 19^e siècle, l'idée s'est fait jour qu'il fallait accorder la priorité aux chapitres consacrés à des "groupes spéciaux" sur les chapitres "par appareil ou système", la priorité absolue allant, dans la première catégorie, aux chapitres "Grossesse, accouchement et suites de couches" et "Certaines affections dont l'origine se situe dans la période périnatale".

Le Comité d'experts a fait observer que cette priorité n'avait jamais été clairement exprimée dans la CIM, ce qui explique qu'elle n'ait pas toujours été respectée. Il a convenu qu'il fallait y insister en ajoutant des notes d'exclusion dans les chapitres par appareil ou système et dans les chapitres consacrés à des catégories spéciales de façon que, lors de la classification, la priorité générale soit accordée à ces derniers et, parmi eux, aux chapitres consacrés à la grossesse et à la période périnatale.

4.4 Le système obèle et astérisque

Lors de sa première réunion, le Comité d'experts de la CIM-10 avait préconisé l'extension du système obèle et astérisque, avec une classification par catégories homogènes à trois caractères. Les directeurs de centre se sont rangés à cette recommandation, en ajoutant que, si aucun système uniforme n'est possible, il faudrait s'efforcer à la normalisation à l'intérieur des chapitres, compte tenu des besoins de chaque spécialité.

Cette conception a été adoptée par le Comité d'experts. Il a par ailleurs approuvé l'utilisation des renvois, selon la formule "voir aussi ..." dans les catégories ne comportant pas l'usage de l'astérisque, renvois qui permettent de retrouver les rubriques à astérisque relatives aux mêmes manifestations morbides accompagnant des maladies classées ailleurs.

4.5 Rubriques non subdivisées à trois caractères

La présence dans la CIM de codes comportant trois ou quatre caractères risque de susciter des difficultés au stade du traitement des données si l'on utilise plusieurs codes de remplissage (par exemple, 0, X, 9) pour compléter les rubriques non subdivisées à trois caractères et obtenir ainsi des codes comportant systématiquement quatre caractères. L'emploi d'éléments de remplissage différents pourrait faire problème non seulement dans un pays où le codage serait décentralisé, mais également dans les études internationales - comme ce fut le cas lors de l'étude internationale sur le certificat de décès à propos de la mortalité par cancer. Les responsables de cette étude, entre autres, ont proposé qu'un quatrième caractère standard soit imprimé dans la CIM-10.

Le Comité d'experts s'est rangé à cet avis. Estimant que l'utilisation de .0 ou .9 serait une source de confusion et notant que la lettre X constitue le code de remplissage qui a la préférence des principaux usagers de la CIM, il a proposé que son utilisation soit recommandée dans l'Introduction à la Classification.

4.6 Titres des rubriques et sous-rubriques

La tradition veut qu'on s'efforce dans la CIM d'utiliser pour les rubriques et sous-rubriques des titres aussi concis que possible pour faciliter leur inclusion dans les "souches des tableaux publiés. De ce fait, sauf lorsqu'on lit le titre de la sous-rubrique à quatre caractères en même temps que celui de la rubrique à trois caractères, sa signification est souvent peu claire. C'est ainsi que, dans la CIM-9, la rubrique "leucémie lymphoïde" est subdivisée en sous-rubriques à l'intitulé sommaire : 204.0 aiguë, 204.1 chronique, 204.2 subaiguë, 204.8 autres et 204.9 sans précision.

Le Comité d'experts a recommandé que, dans la mesure du possible, les titres soient libellés de façon à être interprétables directement, les titres risquant d'être peu maniables devant être étudiés dans chaque cas d'espèce. La mention NCA (non classé ailleurs) pourrait être utilisée dans les titres de façon à les raccourcir. Par ailleurs, le Comité a été informé de l'activité du Centre collaborateur OMS de la Classification des Maladies pour l'Amérique du Nord, qui s'efforce de réduire les titres à une longueur maximale de 25 caractères de façon qu'ils puissent entrer dans les souches des tableaux et dans les états informatiques médicaux. Un compte rendu complet à ce sujet sera présenté lors des futures réunions des directeurs de centre.

4.7 Nombre souhaitable des termes à inclure

Dans le projet de CIM-10, le nombre de rubriques à trois caractères est en augmentation de près de 70 % par rapport à la CIM-9. Craignant que la table analytique de la CIM-10 s'en trouve exagérément grossie, le Secrétariat a mis en doute l'intérêt des innombrables synonymes qui figurent dans les sections de la Classification dont tous les termes sont repris dans l'index alphabétique. Cette remarque vaut particulièrement pour le chapitre "Tumeurs" et pour la classification des médicaments et produits chimiques.

Le Comité d'experts a insisté sur le fait que les termes à inclure contribuent notablement à l'exactitude du codage et, dans certains cas, sont essentiels pour préciser la teneur des rubriques et sous-rubriques, s'agissant par exemple des localisations anatomiques. Il a invité le Secrétariat à garder ce problème à l'esprit lorsqu'il examinera plus tard les différents projets de chapitre.

4.8 Glossaires

Dans la CIM-9, le chapitre "Troubles mentaux" contient pour la première fois un glossaire qui définit le contenu des différentes rubriques et sous-rubriques. Un glossaire plus complet a été établi en vue de la CIM-10 et sera incorporé à une édition séparée du chapitre portant sur les "Troubles mentaux, comportementaux et développementaux" à l'usage des spécialistes. L'avant-projet dont était saisi le Comité d'experts de la CIM-10 contenait une version abrégée de ce glossaire ainsi qu'un petit nombre de définitions incorporées à d'autres chapitres du projet.

De plus, le Comité a été informé de la demande présentée par plusieurs groupes de spécialistes - neurologues, obstétriciens et pédiatres - qui souhaitent qu'une série complète de définitions figurent dans les chapitres intéressant principalement leur spécialité. Cependant, certains ont exprimé la crainte que l'inclusion de tous ces glossaires ne gonfle à l'excès le volume de la future publication.

Le Comité d'experts a recommandé que des glossaires ne soient incorporés que lorsqu'ils sont indispensables pour la définition de nouveaux termes ou concepts, le lecteur étant invité de façon générale dans la CIM à se reporter au glossaire par spécialités comme il en existe pour l'obstétrique, la gynécologie et la pédiatrie.

4.9 Maladies éponymes

Les participants se sont penchés sur la recommandation qui est formulée dans la Nomenclature internationale des Maladies (NIM) selon laquelle il conviendrait que, dans la version anglaise en tout cas, la marque du cas possessif ('s) soit supprimée dans la

désignation des maladies et syndromes éponymes, vu que ce n'est pas la personne souffrant de cette maladie ou de ce syndrome qui en a donné la description. Cette recommandation est en accord avec la politique suivie par le CIOMS (Conseil des Organisations internationales des Sciences médicales).

Considérant que la NIM n'est pas achevée et que son adoption reste soumise au verdict international, le Comité d'experts a jugé inapproprié de suivre les recommandations formulées dans cette nomenclature lorsqu'elles diffèrent de l'usage actuel. Tout en regrettant d'avoir à s'opposer ainsi à la politique du CIOMS, le Comité d'experts a jugé qu'il serait prématuré d'adopter cette proposition particulière et il a recommandé que la marque du génitif saxon soit conservée dans la version anglaise de la CIM-10 pour les maladies et syndromes éponymes.

4.10 Troubles secondaires à une intervention chirurgicale ou à un acte médical

Lors de sa première réunion, le Comité d'experts de la CIM-10 avait recommandé que lorsque les troubles secondaires à une intervention chirurgicale ou à un acte médical sont uniquement associés à une maladie ou à un organe, système ou appareil, ils soient classés dans le chapitre correspondant par appareil ou organe; dans tout autre cas, ils devraient être classés dans les complications des soins médicaux, au chapitre "Traumatismes, empoisonnements et certaines autres conséquences de causes extérieures".

Conformément à cette recommandation, le projet dont était saisi les participants avait été complété par des rubriques pour les troubles secondaires à une intervention chirurgicale ou à un acte médical dans les chapitres suivants : maladies endocriniennes et du métabolisme (E89), maladies de l'oeil (H59), maladies de l'oreille (H93), maladies de l'appareil circulatoire (I97), maladies de l'appareil respiratoire (J95), maladies de l'appareil digestif (K92) et maladies des organes génito-urinaires (N99).

Cette façon de procéder a reçu l'agrément du Comité d'experts.

4.11 Utilisation des codes de la CIM-9 pour le repérage des changements

Dans tous les avant-projets de la CIM-10 rédigés à ce jour, les codes équivalents de la CIM-9 sont indiqués entre parenthèses à la suite du titre de chaque rubrique ou sous-rubrique, pour faciliter le repérage des modifications proposées et aider le Secrétariat à préparer l'index alphabétique. On a fait observer que, d'un avant-projet à l'autre, des erreurs s'étaient inévitablement glissées dans les équivalences indiquées. Le Comité d'experts a fait sienne la proposition du Secrétariat selon qui il convenait de supprimer les équivalences dans le projet qui serait soumis à la Conférence internationale pour la Dixième Révision.

4.12 Tables de conversion CIM-9/CIM-10 et CIM-10/CIM-9

Le Comité d'experts a beaucoup insisté sur la nécessité d'établir sans retard des tables de correspondance entre les codes de l'ancienne révision et ceux de la prochaine révision, ces tables devant être établies sur support magnétique. Le Secrétariat a pris les mesures voulues pour que ces tables de conversion soient disponibles dans les meilleurs délais après l'achèvement de la révision de l'index alphabétique. Faisant observer que la modification des règles de codage des causes de morbidité et de mortalité contribuent dans une très large mesure à la modification des données d'une révision à la suivante, le Comité a fait remarquer que les tables de correspondance entre codes rendent plus faciles les comparaisons entre révisions successives. Il a recommandé que les tableaux d'équivalence entre les codes de la CIM-9 et ceux de la CIM-10 soient publiés à part.

L'Organisation panaméricaine de la Santé a rendu compte d'une étude en cours sur l'établissement de tables de correspondance entre la CIM-9 et les avant-projets de la CIM-10, en vue de la Dixième Révision. Les résultats définitifs de cette étude seront connus vers le milieu de 1988.

5. EXAMEN DES DIFFERENTS CHAPITRES DU QUATRIEME AVANT-PROJET DE LA CIM-10

Les avant-projets des divers chapitres de la CIM-10 ont été soumis à l'avis du Comité d'experts. Chacun d'eux comportait un préambule exposant les modifications apportées et faisant ressortir les problèmes particuliers à résoudre. De façon générale, les projets ont reçu l'approbation du Comité qui a toutefois recommandé qu'on envisage ou qu'on apporte certaines modifications de détail, exposées ci-après. D'autres points secondaires ont été portés à l'attention du Secrétariat, pour suite à donner.

5.1 Chapitre I - Maladies parasitaires et infectieuses
(WHO/DES/EC/ICD-10/87.1)

Le Comité a estimé que l'adjectif "certain" était indispensable dans le titre pour bien faire ressortir que, si la plupart des maladies relevant de cette catégorie y sont envisagées, il en existe un nombre appréciable qui sont classées ailleurs.

Le Comité a exprimé son accord sur le rattachement du SIDA et des troubles connexes à une section spéciale relative aux déficits immunitaires d'origine virale, plutôt qu'à la section des maladies sexuellement transmissibles. Toutefois, on a admis que la classification de ces affections ne serait définitivement arrêtée que le plus tard possible avant la Conférence internationale pour la Dixième Révision, vu que c'est un domaine en évolution rapide. En tout état de cause, il faudrait prévoir au chapitre premier la place supplémentaire nécessaire pour au moins trois codes à trois caractères, en modifiant la numérotation des rubriques au-delà de B24. On a fait observer qu'il y avait dans toute la Classification de nombreuses maladies et motifs de recours en rapport avec le SIDA et qui devraient donc être examinés simultanément. On trouvera plus loin, à la section 15, les recommandations du Comité sur le codage du SIDA dans la CIM-9.

Il a été jugé bon que les rubriques "Dengue classique" (A90) et "Dengue hémorragique" (A97) soient séparées mais contiguës. Le Secrétariat a été invité à voir si l'on pourrait y parvenir en faisant la synthèse des deux séries de rubriques consacrées aux "Maladies à virus transmises par des arthropodes" et aux "Fièvres hémorragiques à virus".

Le Secrétariat a également été invité à revoir la classification du "Paludisme" (B50-B54) en collaboration avec le service compétent du Siège de façon à élaborer une version plus simple.

La "variolo" devrait être maintenue dans la classification sous forme d'une rubrique à trois caractères mais sans sous-rubrique à quatre caractères.

La "listériose" (A32) devrait englober les toxi-infections alimentaires, de sorte que la rubrique A05 devrait être éliminée.

Il a été recommandé que le tétanos du nouveau-né et le tétanos puerpéral soient désormais inclus dans le présent chapitre, parmi les rubriques à trois caractères.

5.2 Chapitre II - Tumeurs
(WHO/DES/EC/ICD-10/87.2)

Le Comité a été informé que l'adaptation de la CIM à la cancérologie (CIM-0) allait être rédigée en vue de la CIM-10, comme on l'avait fait pour la CIM-9.

Un problème se pose au sujet des rubriques concernant les cancers *in situ* du col, de la vulve et du vagin (D06, D07.1 et D07.2) du fait que l'expression "néoplasie intra-épithéliale de stade III", qui est de plus en plus utilisée, englobe à la fois les cancers *in situ* et la dysplasie grave, actuellement classés parmi les maladies non inflammatoires des localisations correspondantes. Le Comité a préconisé qu'aucune modification ne soit apportée, dans la CIM-10, à la teneur des rubriques de la CIM-9. Une note devrait être ajoutée aux rubriques du chapitre II pour indiquer aux codeurs qu'il convient de classer ici une partie, mais une partie seulement, des néoplasies intra-épithéliales de stade III.

Il a été noté que la classification "Morphologie des tumeurs" qui figure dans la CIM-9 serait reprise, sous réserve de certaines modifications, dans le volume I de la CIM-10. Il conviendrait d'éviter la confusion avec le chapitre XIII dont les codes commencent également par la lettre M.

5.3 Chapitre III - Maladies du sang et des organes hématopoiétiques et certains troubles d'origine immunitaire
(WHO/DES/EC/ICD-10/87.3)

Le Comité a donné son accord à la classification de la sarcoïdose dans la section des troubles de la fonction immunitaire, à la rubrique D86. Il existe un certain nombre de troubles d'étiologie incertaine et affectant plusieurs systèmes ou appareils qui n'ont pas de place parfaitement satisfaisante dans la classification mais apparemment la sarcoïdose est la seule qu'il ne faille pas classer dans le chapitre XIII.

5.4 Chapitre IV - Maladies endocriniennes, nutritionnelles et métaboliques
(WHO/DES/EC/ICD-10/87.4)

Certains ont exprimé la crainte, à propos de la rubrique proposée E10 pour le "diabète sucré avec coma", qu'on perde des renseignements sur le type de diabète dans les pays où la classification est utilisée au niveau des codes à trois caractères. Le Comité a recommandé la suppression de la rubrique E10, une sous-rubrique comportant la précision "avec coma" étant insérée dans chacune des rubriques relatives au diabète.

Le titre de la rubrique E64 devrait être "Séquelles de la malnutrition énergétique", etc. Le Secrétariat a été invité à trouver une place appropriée pour une rubrique concernant le déséquilibre de l'apport alimentaire. Il serait peut-être nécessaire de modifier le titre de l'une des séries de rubriques.

5.5 Chapitre V - Troubles mentaux, comportementaux et développementaux
(WHO/DES/EC/ICD-10/87.5)

Le Comité d'experts a félicité la Division OMS de la Santé mentale pour la qualité de son avant-projet, lequel a été établi après de fort nombreuses délibérations sur le plan international, dans les six langues officielles de l'OMS (anglais, arabe, chinois, espagnol, français, russe) ainsi qu'en allemand, en japonais et en portugais. Des essais pratiques sont en cours dans 158 centres répartis dans 52 pays. Les résultats préliminaires montrent que la classification proposée est généralement bien accueillie mais que quelques modifications s'imposent au sujet de certaines recommandations d'ordre clinique.

La "démence, type Alzheimer" (F00) devrait devenir une rubrique à astérisque, la rubrique correspondante à obèle étant incorporée dans le chapitre "Maladies du système nerveux", à la rubrique G30 ("Maladie d'Alzheimer").

Un certain nombre de psychiatres ont demandé que le titre de la rubrique F51 ("Troubles du sommeil d'origine non organique") soit transformé en "Troubles du sommeil d'origine affective". La Division de la Santé mentale a indiqué qu'elle allait examiner cette proposition.

Le Comité a recommandé que le titre de la série des rubriques F50-F59 devienne "Syndromes comportementaux et troubles mentaux associés à des troubles physiologiques ou à des modifications hormonales" et qu'une nouvelle rubrique soit prévue (F54) sous le titre "Troubles mentaux associés aux suites de couches NCA" des sous-rubriques étant prévues pour les formes bénignes et graves ainsi qu'un glossaire approprié.

On a noté que la dépression menstruelle était incluse dans la rubrique F53 ("détresse psychologique associée à des modifications hormonales") tandis que le "syndrome de tension prémenstruel" était inclus dans le chapitre "Maladies des organes génito-urinaires", à la rubrique N94.3. Il conviendrait de distinguer clairement l'utilisation respective de ces rubriques.

Après avoir examiné la rubrique F66 ("Problèmes psychologiques et comportementaux associés au développement et à l'orientation de la sexualité"), le Comité d'experts a demandé qu'il soit expressément indiqué que l'homosexualité en soi n'est pas rangée parmi les anomalies. De même, il devrait être indiqué à la rubrique F65 ("Anomalies de la préférence sexuelle") que l'homosexualité ne doit pas être classée dans cette catégorie.

Le Comité d'experts a demandé que la Classification permette l'identification des maladies et troubles mentaux mal définis qui sont souvent mentionnés sur le certificat médical de la cause de décès parmi les états morbides ayant contribué au décès.

5.6 Chapitre VI - Maladies du système nerveux
(WHO/DES/EC/ICD-10/87.6)

Le Comité a souscrit à la recommandation de la Division de la Santé mentale selon laquelle il convenait d'inclure dans les listes abrégées une rubrique "Maladies de dégénérescence et de démyélinisation". Le Secrétariat a indiqué qu'il avait entrepris d'étudier si cela était justifié sur la base des statistiques de mortalité.

Par suite de la décision du Comité de maintenir les rubriques relatives aux maladies cérébrovasculaires dans le chapitre "Maladies de l'appareil circulatoire" (voir section 5.9 ci-après), les services compétents de l'OMS ont décidé de travailler avec des neurologues à la mise au point d'une classification à astérisque pour le chapitre VI, dans le cas des syndromes neurologiques secondaires à un trouble cérébrovasculaire. Cette proposition pourrait sans doute être soumise à la prochaine réunion des directeurs de centre, prévue pour juin 1988. Dans l'intervalle, le Comité d'experts a bien voulu donner son accord à l'avant-projet, dans son état actuel.

5.7 Chapitre VII - Maladies de l'oeil et de ses annexes
(WHO/DES/EC/ICD-10/87.7)

Le Comité d'experts a approuvé la proposition présentée.

5.8 Chapitre VIII - Maladies de l'oreille et de la mastoïde
(WHO/DES/EC/ICD-10/87.8)

Le Comité d'experts a approuvé la proposition présentée.

5.9 Chapitre IX - Maladies de l'appareil circulatoire
(WHO/DES/EC/ICD-10/87.9)

L'avant-projet avait été mis au point en collaboration avec le service OMS des Maladies cardio-vasculaires (CVD) qui a fait observer que la proposition d'inclure une rubrique à trois caractères "Infarctus du myocarde à répétition" (I22) risquait de soulever des difficultés d'ordre pratique et épidémiologique. Le service CVD s'est engagé à discuter de la question avec des experts et de faire rapport ensuite au service DES.

Le Comité d'experts a estimé que l'inclusion dans la sous-rubrique "Cardiopathie coronarienne" (I24.0) des "Maladies cardio-vasculaires athérosclérotiques" et des "Cardiopathies athérosclérotiques" allait poser dans certains pays des problèmes de continuité de la série chronologique. Il a donc recommandé que les deux entités soient séparées, au niveau du code à quatre caractères.

Il a été recommandé que la "Myocardopathie ischémique" soit séparée, au niveau des codes à quatre caractères, des autres "Cardiopathies ischémiques chroniques, sans précision" (I24.9).

Des indications reçues de pays d'Amérique du Sud, confirmées par ailleurs par le service CVD, il ressort que les complications cardiaques de la maladie de Chagas constituent en réalité une myocardite chronique et non une myocardopathie. Il a donc été recommandé que

le titre de la rubrique I41* soit modifié en conséquence et libellé "Myocardite accompagnant des maladies classées ailleurs". Il faudrait alors supprimer le terme "Myocardiopathie accompagnant la maladie de Chagas".

Du fait de la fréquence de la "Fibrillation auriculaire" incluse dans la rubrique I48.0, il a été recommandé que cette entité soit classée au niveau supérieur, avec un code à trois caractères.

Lors de la Huitième Révision de la CIM, les rubriques "Maladies vasculaires cérébrales" (I60-I69) avaient été transférées du chapitre "Maladies du système nerveux" au chapitre "Maladies du système circulatoire". Le Comité d'experts a été informé que la Fédération mondiale de Neurologie, appuyée en cela par d'autres groupes, avait vivement recommandé, arguments à l'appui, que ces rubriques reprennent leur place antérieure parmi les "Maladies du système nerveux" à l'occasion de la Dixième Révision. Par ailleurs, le service CVD a soutenu, avec l'appui d'un certain nombre d'organisations nationales et internationales, que ces maladies devaient conserver leur classification actuelle parmi les "Maladies du système circulatoire".

Il a semblé au Comité d'experts que les arguments présentés par le service CVD en faveur du maintien de l'actuelle classification étaient valables. Il lui a semblé mal venu de vouloir modifier le classement au sein de la CIM en vue d'accroître la charge apparente de travail d'une spécialité ou d'influer sur l'organisation ou le financement des services de santé. De plus, on a fait observer que, dans les pays où les maladies cérébrovasculaires provoquent une faible mortalité, ces faibles taux de mortalité sont souvent compensés par les taux de décès plus élevés indiqués pour les causes profondes de l'accident cérébrovasculaire, à savoir l'artériosclérose et l'hypertension, lesquelles sont également classées parmi les "Maladies de l'appareil circulatoire".

Reconnaissant que les conséquences des maladies cérébrovasculaires sont effectivement traitées par des neurologues, le Comité d'experts a recommandé qu'on prévoie l'inclusion des manifestations de ces maladies au chapitre "Maladies du système nerveux". Il existe dans ce chapitre de nombreuses rubriques vacantes en vue d'un développement futur, et la Division de la Santé mentale a décidé d'entreprendre des discussions avec des neurologues, avec le service CVD et avec le service DES en vue d'identifier des syndromes neurologiques secondaires aux troubles cérébrovasculaires et qui devraient par conséquent être classés dans des rubriques à astérisque à côté des autres maladies neurologiques.

Le projet de classification des maladies cérébrovasculaires contenait une distinction fondée sur la durée, selon que l'intervalle séparant la survenue de la maladie et l'admission dans un établissement de soins (ou entre la survenue et le décès) était supérieur à quatre semaines mais inférieur à un an ou supérieur ou égal à un an. Tout en étant conscient des raisons théoriques à la base de cette distinction et des besoins du projet MONICA de l'OMS, le Comité d'experts a jugé que cette proposition susciterait des difficultés dans le codage de la morbidité hospitalière, outre que l'utilisation de l'expression "ancien épisode cérébrovasculaire" (I65) pour décrire les troubles pour lesquels le délai évoqué ci-dessus est supérieur à quatre semaines sans excéder un an serait une source de confusion. Etant donné que les neurologues, eux aussi, avaient recommandé un délai de quatre semaines pour faire la distinction entre les cas aigus et non aigus de troubles cérébrovasculaires, le service CVD a décidé de revoir la question, de consulter des experts et de faire ensuite rapport au service DES.

5.10 Chapitre X - Maladies de l'appareil respiratoire (WHO/DES/EC/ICD-10/87.10)

Le Comité d'experts a approuvé l'avant-projet dont il était saisi en vue de la révision du présent chapitre, moyennant trois propositions seulement d'amélioration sur des points de détail :

- il conviendrait d'envisager la création d'une série de rubriques pour la "pneumonie/pneumopathie" (J14-J20) qui a été recommandée comme élément de la liste abrégée pour la mise en tableaux;

- un terme à inclure devrait être ajouté à la rubrique J10 ("Bronchite aiguë") pour indiquer que c'est là qu'il convient de classer la "bronchite sans précision, aiguë ou chronique", lorsque la maladie ou le décès survient chez un sujet de moins de 15 ans;
- des experts devraient être consultés sur l'éventualité d'une subdivision de l'"Asthme" (J44) en plusieurs catégories, selon son origine allergique, infectieuse, affective ou mixte.

5.11 Chapitre XI - Maladies de l'appareil digestif
(WHO/DES/EC/ICD-10/87.11)

Tout en approuvant ce chapitre, le Comité a fait les propositions suivantes :

- les services OMS compétents devraient revoir le niveau des termes à inclure figurant à la section "Maladies de la cavité buccale, des glandes salivaires et des maxillaires" (K00-K14);
- une note d'exclusion devrait être ajoutée à la sous-rubrique K59.3 ("Mégacôlon autre que maladie de Hirschsprung") de façon à exclure le "mégacôlon chagastique" (K57.2);
- et il conviendrait de prévoir à la rubrique K71 ("Maladies du foie d'origine médicamenteuse") les hépatites toxiques chroniques, et de modifier en conséquence le libellé de la rubrique.

5.12 Chapitre XII - Maladies de la peau et du tissu cellulaire sous-cutané
(WHO/DES/EC/ICD-10/87.12)

Pour ce chapitre, l'avant-projet constituait une refonte radicale, préparée avec la collaboration de l'American College of Dermatology et de conseillers temporaires. Le Comité d'experts a jugé qu'il y avait là un progrès notable par rapport à la Neuvième Révision et il a donné son accord au projet.

5.13 Chapitre XIII - Maladies du système musculo-squelettique et du tissu conjonctif
(WHO/DES/EC/ICD-10/87.13)

Le Comité a noté qu'il s'agissait de l'unique chapitre où étaient recommandées des sous-rubriques dont le codage allait au-delà du quatrième caractère. Il a estimé que ces sous-rubriques devraient être désignées sous le nom de "sous-rubrique à caractère supplémentaire" et non "sous-rubrique à cinquième caractère". En effet, lorsque les spécialistes utilisent une classification adaptée à leurs propres besoins, il est recommandé que les caractères particuliers employés à cette fin (qu'il s'agisse du cinquième, du sixième, etc.) soient placés dans le code immédiatement après les quatre caractères de la CIM, de sorte que le caractère "supplémentaire" correspondant à une localisation doit toujours venir en dernière position, séparé du reste par un nouveau point.

Certains ont exprimé leur préoccupation devant l'actuel libellé de la rubrique M99 : "Lésions non allopathiques". Ce libellé étant jugé obscur, le Secrétariat est invité à en rechercher un autre qui soit plus clair. Par ailleurs, on a estimé que les sous-rubriques détaillées ne sont peut-être pas parfaitement adaptées aux besoins des chiropraticiens et des ostéopathes à qui elles sont destinées. Le Secrétariat a été invité à entreprendre de nouvelles consultations à ce sujet.

5.14 Chapitre XIV - Maladies des organes génito-urinaires
(WHO/DES/EC/ICD-10/87.14)

Le Comité a recommandé que l'expression "néoplasie intra-épithéliale" soit remplacée dans les titres des sous-rubriques N87.0, N87.1, N89.0, N89.1, N90.0 et N90.1 par "Dysplasie

[dite néoplasie intra-épithéliale]" avec indication du stade approprié. Une nouvelle sous-rubrique serait ajoutée comme suit :

N87.2 Dysplasie cervicale grave [l'une des formes de la "néoplasie intra-épithéliale du col utérin" ou NIE, Stade III]

Le titre de la rubrique N87 devrait être changé en "dysplasie du col utérin".

Il faudra trouver de la place dans les rubriques N89 et N90 pour les sous-rubriques correspondantes concernant la dysplasie grave.

5.15 Chapitre XV - Grossesse, accouchement et suites de couches
(WHO/DES/EC/ICD-10/87.15)

On a fait observer que la dépression postnatale et la psychose puerpérale étaient désormais classées au chapitre V. La rubrique O91 du présent chapitre peut donc être supprimée, encore qu'il faille conserver la sous-rubrique O93.4.

Certains membres ont exprimé des réserves au sujet de la distinction qu'on continue de faire entre avortement licite et illicite. Cette distinction soulève des problèmes du fait des différences de législation dans les divers pays; en outre, dans certains pays, les médecins et les autres personnels de santé n'ont pas qualité pour établir le caractère licite de l'intervention. D'autres membres ont jugé qu'il fallait maintenir cette distinction. L'OMS a été invitée à voir si un terme tel que "Avortement médical" ou "Avortement thérapeutique" ne serait pas préférable à "Avortement licite". De plus, l'OMS devrait poursuivre l'étude des points suivants :

- l'inclusion éventuelle d'un glossaire contenant certaines définitions, spécialement dans les rubriques O13 et O20;
- le caractère tubaire présumé de toute "grossesse ectopique sans précision";
- l'inclusion éventuelle d'une rubrique pour les grossesses après déclenchement artificiel du travail;
- l'ordre des rubriques O10-O16 concernant les épisodes d'hypertension.

5.16 Chapitre XVI - Certaines affections dont l'origine se situe au cours de la période périnatale
(WHO/DES/EC/ICD-10/87.16)

On a proposé que l'omphalite soit classée parmi les rubriques à trois caractères, conformément à la recommandation qui prévoit d'en faire l'un des éléments de la liste abrégée pour la mise en tableaux.

5.17 Chapitre XVII - Malformations et difformités congénitales et anomalies chromosomiques
(WHO/DES/EC/ICD-10/87.17)

Le Comité d'experts a adopté le projet tel quel.

5.18 Chapitre XVIII - Symptômes, signes et résultats anormaux d'examen cliniques et de laboratoire non classés ailleurs
(WHO/DES/EC/ICD-10/87.18)

Le Comité a insisté sur le fait qu'il fallait insérer des notes explicatives après le titre du chapitre, comme dans la CIM-9.

Le choc septique (R59.0) est à inclure dans la "septicémie" (A40) au chapitre I.

Le Comité a accepté la ventilation proposée à la rubrique R77 pour les taux d'alcoolémie, reconnaissant qu'il s'agissait là d'un compromis nécessaire entre les classifications utilisées dans les différents pays.

Les "hallucinations visuelles" qui figurent à la fois, dans le projet, aux rubriques R44.1 et H53.1 (au chapitre consacré aux maladies de l'oeil) doivent être classées uniquement au chapitre XVIII.

5.19 Chapitre XIX - Traumatismes, empoisonnements et certaines autres conséquences de causes extérieures
(WHO/DES/EC/ICD-10/87.19)

La structure générale de la partie de ce chapitre qui est consacrée aux traumatismes, qui s'écarte beaucoup de la présentation adoptée par la CIM-9, a reçu l'agrément du Comité.

Il a été d'accord avec le Secrétariat pour reconnaître qu'il n'est pas nécessaire de prévoir des termes à inclure dans les rubriques relatives aux intoxications par médicaments et drogues, sauf lorsqu'un médicament est susceptible de rentrer dans plusieurs sous-rubriques (par exemple lorsque l'axe de la classification consiste dans le mode d'action du médicament).

Certains se sont inquiétés du luxe de précisions prévues dans la section relative aux intoxications par médicaments, par comparaison avec les intoxications par des substances non médicinales où des précisions supplémentaires seraient utiles. Le Secrétariat s'est engagé à revoir la question.

On a jugé qu'une note était nécessaire à la rubrique T40 pour indiquer que les codeurs devraient y rattacher l'ingestion accidentelle de ces substances (au lieu de la classer dans les rubriques concernant la pharmacodépendance ou l'abus de substances médicamenteuses). Le Secrétariat a été invité à essayer de prévoir une sous-rubrique particulière dans la T40 pour la "méthadone".

En outre, il lui a été demandé de revoir les sous-rubriques de T49 compte tenu de la fréquence des cas rapportés mais sans oublier que la pratique médicale concernant l'utilisation de certains de ces produits est en évolution.

La mention de la température corporelle dans les sous-rubriques de T68 a été acceptée à condition qu'il apparaisse clairement que cette mention ne figure qu'à titre indicatif.

5.20 Chapitre XX - Causes extérieures de morbidité et de mortalité
(WHO/DES/EC/ICD-10/87.20 et 87.22)

Le titre de ce chapitre a été modifié de façon à refléter son utilisation et son importance accrues pour les statistiques de morbidité en matière de prévention.

A la réunion des directeurs de centre à Leningrad (URSS) en juin 1987, un certain nombre d'insuffisances avaient été repérées dans le troisième avant-projet. Le Centre de classification des maladies pour l'Amérique du Nord s'est offert à rédiger une proposition révisée sur la base du troisième avant-projet, en conservant le même ordre pour les sections. Parallèlement, le Secrétariat a poursuivi la mise au point du troisième avant-projet, en modifiant l'ordre des sections de façon à permettre une utilisation plus efficace de l'espace libre disponible et en tenant compte des observations reçues trop tard pour être incorporées dans le troisième avant-projet. Malheureusement, les impératifs du calendrier n'ont pas permis aux deux groupes de collaborer à la rédaction des deux projets, qui ont été tous deux soumis au Comité d'experts. Les deux versions omettent les définitions, un grand nombre de termes essentiels à inclure, ainsi que les notes d'exclusion. Tous ces éléments devront être ajoutés par la suite.

Sur un certain nombre de points, le Comité d'experts a été amené à formuler les recommandations suivantes :

- a) Il conviendrait d'envisager d'inclure une série de rubriques sous "Accidents de transport" au sujet des camionnettes. Le Comité a proposé qu'on obtienne la place nécessaire pour se faire en regroupant les codes relatifs aux véhicules à moteur à deux ou à trois roues.
- b) La classification proposée pour le lieu de survenue devrait recevoir plus d'importance que dans la CIM-9. On a estimé que l'intérêt supplémentaire des renseignements ainsi fournis l'emporte sur l'inconvénient que représente la solution de continuité dans les séries statistiques chronologiques.
- c) Les morsures de rat ou de chien doivent faire l'objet d'une rubrique distincte à trois caractères.
- d) Une nouvelle section a été proposée sous le titre "Intoxications accidentelles par des médicaments dans le cadre de leur utilisation thérapeutique".
- e) Il convient d'ajouter le ski nautique dans les rubriques concernant les accidents liés au transport par voie d'eau.
- f) La classification des médicaments devrait être de nouveau revue. En particulier, le Comité d'experts a recommandé qu'elle reflète les quatre tableaux de la Convention de 1971 sur les substances psychotropes, mais que les termes à inclure concernant des catégories identifiant les groupes cliniques n'y figurent pas. Les catégories relatives à la pharmacodynamie devraient être maintenues.
- g) La classification des syndromes de mauvais traitements infligés à l'enfant ou à l'adulte est à revoir après discussion avec des experts.
- h) Les codes d'activité tels qu'ils sont proposés ont manifestement besoin d'être développés. Il convient d'évaluer leur rapport avec les codes du lieu de survenue et d'établir des directives et instructions claires en vue de leur utilisation.

Le Comité d'experts a demandé à l'OMS de tenir compte d'un certain nombre d'autres points qui ont été évoqués lors de la mise au point future du présent chapitre. Le service DES s'est engagé à collaborer avec le services des Préparations pharmaceutiques au sujet de la classification des médicaments, tandis que la Division de la Santé mentale a proposé sa collaboration pour la révision de la rubrique Y98 concernant les facteurs liés au mode de vie.

Le Comité a trouvé des avantages et des inconvénients aux deux avant-projets qui lui étaient soumis et il a recommandé que le Secrétariat en fasse la synthèse, après s'être entouré des avis nécessaires. La classification ainsi obtenue devrait être mise à l'épreuve par un ou plusieurs centres collaborateurs, le résultat étant soumis à la prochaine réunion des directeurs de centre, prévue en juin 1988.

5.21 Chapitre XXI - Facteurs influant sur l'état de santé et motifs de recours aux services de santé
(WHO/DES/EC/ICD-10/87.21)

Notant que ce chapitre avait fait l'objet d'une révision approfondie, le Comité en a approuvé globalement la structure et la teneur. Puisqu'il ne sera en principe utilisé que dans des circonstances particulières, les participants ont insisté pour que la note d'introduction en explique clairement l'objet. Il importe que les titres de rubriques et les termes à inclure dans la version définitive apportent des éclaircissements sur tous cas de chevauchement apparent avec la classification proprement dite.

Le Secrétariat a été invité à rechercher une place pour une sous-rubrique "Dépistage spécial des maladies mentales" sous Z13.

Une sous-rubrique devrait être ajoutée sous Z35.7 pour les "Grossesses à risque dues à des facteurs socio-économiques".

Les titres des rubriques et sous-rubriques concernant les "Maladies mentales" (sous Z81 et Z86.6) devraient être modifiés en conformité avec le titre du chapitre V.

Dans la version anglaise, le terme "smoking" sous Z84.4 doit être remplacé par "usage du tabac", mais cette recommandation ne concerne pas, en principe, la version française qui utilise le terme "tabagisme".

Il est indispensable de prévoir les antécédents en matière de drogues, d'alcool et de tabac : le Secrétariat a été invité à trouver une place sous Z86.7.

6. LISTE ABREGEE POUR LA MISE EN TABLEAUX SELON LA CIM-10

6.1 Généralités

A sa première réunion, le Comité d'experts de la CIM-10 avait recommandé que l'OMS collabore avec le Bureau de Statistiques des Nations Unies à la production d'un nombre minimal de listes abrégées pour permettre aux pays de procéder à des comparaisons internationales à des fins sanitaires et démographiques. De plus, il avait été proposé que les rubriques des listes abrégées s'excluent mutuellement et soient le condensé de rubriques plus détaillées. Les rubriques restantes devraient être définies en fonction de leur inclusion dans la CIM de sorte que la somme des listes constitue la gamme complète couverte par la CIM. Le Comité d'experts avait estimé, lors de cette première réunion, que l'établissement de listes appropriées serait facilité si l'on définissait auparavant l'objectif de chacune des listes proposées.

Lors de leur réunion en juin 1987, les directeurs de centre ont confronté leur expérience au sujet de la liste de base pour la mise en tableaux de la CIM-9 et ils ont passé en revue les recommandations formulées au niveau national pour l'établissement de listes en vue de la mise en tableaux des statistiques de mortalité, selon la CIM-10. Ils ont exprimé leur adhésion aux principes directeurs suivants pour l'établissement de ces listes :

- hiérarchie : les catégories contiguës doivent pouvoir être réunies de façon à constituer des catégories significatives plus vastes;
- comparabilité : une continuité raisonnable doit être assurée avec les listes antérieures pour la mise en tableaux des causes de mortalité, au moins globalement;
- possibilité d'extension : il faut que les listes de l'OMS puissent être facilement développées en vue d'applications nationales particulières; inversement, il faut aussi que les listes nationales puissent être condensées de façon à obtenir les listes préconisées par l'OMS;
- cohérence : il faudrait mettre au point une série de listes pour la mise en tableaux, identiques dans tous les pays, de façon qu'on puisse établir des statistiques internationales de mortalité répondant à divers besoins - pays développés, pays en développement, mortalité infantile, etc.;
- principales causes de décès : les listes OMS devraient, dans la mesure du possible, donner les éléments à utiliser pour classer les principales causes de décès dans différentes situations;
- intérêt sur le plan de la santé publique : tous les traumatismes ou maladies jugés d'importance primordiale sur le plan de la santé publique devraient être inclus dans l'une des listes recommandées.

Une Consultation informelle a eu lieu à Genève, du 16 au 20 novembre 1987 en vue de poursuivre ce travail.

La Consultation a noté que la liste de base pour la mise en tableaux prévue dans la CIM-9 était destinée à constituer une base commune pour les notifications au niveau international tout en laissant une certaine souplesse au niveau national. En pratique, l'absence de rubriques restantes a soulevé des difficultés lors du traitement des données tandis que l'inclusion d'éléments de la CIM-9 appartenant à la catégorie des sous-rubriques à quatre chiffres a rendu la liste inutilisable par les pays dont le codage n'était pas poussé aussi loin. Il n'y a plus de souplesse car la liste de base pour la mise en tableaux a été publiée avec un index alphabétique qui contient les codes de rubriques restantes ne figurant pas dans la liste. La possibilité d'établir des comparaisons au niveau international s'en trouve amoindrie. La Consultation a donc proposé qu'on remplace cette liste de base par deux listes : une liste d'environ 77 causes pour la mortalité générale et une autre d'environ 54 causes pour la mortalité infantile. En outre, vu que les pays n'ont pas, jusqu'ici, reçu d'instructions suffisamment détaillées, la Consultation a recommandé d'aider les pays à établir pour leur propre compte une liste nationale et une classification des causes de décès par ordre d'importance.

Vu la diversité considérable des définitions touchant le diagnostic selon l'usage qui doit en être fait (diagnostic lors de l'hospitalisation, principale affection traitée, principal consommateur de soins médicaux, diagnostic à la sortie de l'établissement de soins, etc.), il a été jugé impossible de recommander pour l'instant des listes abrégées pour la morbidité. Il faudrait que la CIM-10 soit accompagnée d'une ou plusieurs listes abrégées pour l'étude de la morbidité, mais il faudrait au préalable qu'on approfondisse les règles applicables au codage des causes de morbidité. Le Comité d'experts a été informé que le Secrétariat envisageait une consultation sur les listes abrégées des causes de morbidité une fois que les règles correspondantes de codage auront été mises au point.

6.2 Recommandations

Le Comité d'experts a approuvé la liste abrégée de causes de mortalité ainsi que la liste abrégée des causes de mortalité infantile proposée par la Consultation; elles sont reproduites respectivement à l'annexe B et à l'annexe C du présent rapport.

De plus, le Comité a accepté la série de recommandations suivantes formulées à son intention par la Consultation :

1. Dans la CIM-10, il convient de souligner l'importance de la classification de base (codage à trois caractères) qui constitue le niveau de précision essentiel pour la saisie, la conservation et la diffusion des données dans les pays.
2. Pour leurs notifications à l'OMS, les pays doivent être incités à utiliser de préférence le codage à trois caractères.
3. La banque de statistiques de mortalité de l'OMS doit continuer d'opérer au niveau des trois caractères et ne pas être davantage condensée, comme on l'a fait par le passé. Le Comité d'experts a accepté d'étudier les moyens de faire ressortir l'importance et l'intérêt de tenir des statistiques à ce niveau.
4. La liste abrégée des causes de mortalité et la liste abrégée des causes de mortalité infantile sont à utiliser pour la notification des statistiques de mortalité quand le pays en cause n'est pas en mesure de communiquer ses statistiques au niveau du codage à trois caractères.
5. La liste abrégée des causes de mortalité et la liste abrégée des causes de mortalité infantile doivent constituer la base des statistiques de mortalité par cause publiées par l'OMS et par l'Organisation des Nations Unies.

6. Les volumes publiés de la CIM-10 doivent comporter des notes explicatives fournissant :

- des indications sur les méthodes à suivre pour classer les principales causes de décès sur la base des listes abrégées recommandées;
- des indications, à l'intention des pays, sur la collecte, la mise en tableaux et l'analyse des statistiques de mortalité, y compris au sujet des catégories restantes;
- d'autres suggestions, à l'intention des pays, sur le mode de présentation des données en vue de toute une série d'applications.

7. Des règles pour le codage des causes de morbidité doivent être mises au point dans le cadre de la CIM-10 et des listes abrégées des causes de morbidité doivent être préparées, parallèlement aux listes abrégées recommandées pour les causes de mortalité.

8. L'OMS devrait mettre au point des modules types pour la collecte des statistiques de morbidité et de mortalité dans le cadre des enquêtes nationales auprès des ménages.

7. APPUI INFORMATIONNEL A LA STRATEGIE DE LA "SANTE POUR TOUS"

La stratégie de la "santé pour tous en l'an 2000" exige des communautés qu'elles recensent leurs propres problèmes de santé et suivent les progrès accomplis dans leur résolution. La gestion des services de santé, à tous les niveaux, exige des informations du même type. Les communautés doivent participer à l'élaboration de méthodes simples permettant de rassembler l'information, de prendre des mesures en conséquence au plan local et de transmettre ces données au niveau supérieur quand il y a lieu. Les participants ont pris connaissance de diverses activités patronnées par l'OMS et concernant l'information communautaire et la notification par des non-médecins, et ils ont été informés de l'expérimentation d'un certain nombre de systèmes intéressants pour la collecte des données. Il est clair qu'il ne sera pas possible de mettre au point des classifications uniformes pour la comparaison de ces types de données au niveau international. Le Comité a donc opté pour la mise en place de systèmes locaux qui s'inspireraient de recommandations formulées par l'OMS. Des précautions s'imposeront aux niveaux supérieurs, lors de l'interprétation des diverses données ainsi rassemblées, mais il devrait néanmoins être possible de dégager les grandes tendances de la progression sur la voie de la "santé pour tous".

8. CLASSIFICATION INTERNATIONALE DES HANDICAPS : DEFICIENCES, INCAPACITES ET DESAVANTAGES (CIDH)

La classification internationale des handicaps (déficiences, incapacités et désavantages) a été publiée en 1980 et s'est peu à peu largement imposée. Les définitions qu'elle contient se sont révélées utiles pour organiser dans un cadre théorique les problèmes et les concepts qui concernent ce domaine. Traduite en huit langues européennes et en japonais, la CIDH est désormais utilisée à diverses fins dans plusieurs pays. Une application importante a consisté dans l'établissement, par le Bureau de Statistiques des Nations Unies, d'une base de données (résultats d'enquêtes et autres) intéressant 57 pays. De plus, la classification a été utilisée pour formuler la politique générale à suivre et comme base de l'évaluation de l'état et des progrès des handicapés par les spécialistes de la réadaptation. Si son codage prend beaucoup de temps, la classification est considérée comme plus sensible que celle dont on dispose par ailleurs. D'autres applications sont prévues pour la CIDH.

Certains aspects de la classification, notamment le degré souhaitable de concordance avec la CIM proprement dite (à trois caractères), devront encore être clarifiés et il faudra résoudre les problèmes de sémantique qui se posent dans plusieurs langues. En outre, une

expérimentation de la CIDH est indispensable sur le terrain, à grande échelle. Contrairement à ce qu'on avait espéré, il sera impossible d'établir une version révisée à temps pour la présenter à la Conférence internationale pour la Dixième Révision.

9. CLASSIFICATION DES ACTES MEDICAUX (CAM)

Le Comité a demandé à l'OMS d'envisager, en vue de la CIM-10, de mettre à jour au minimum le plan général de la section consacrée aux actes chirurgicaux dans la CAM établie en vue de la CIM-9. Les pays pourraient alors ajouter les précisions supplémentaires qu'ils souhaiteraient.

10. NOMENCLATURE INTERNATIONALE DES MALADIES (NIM)

On avait entrepris en 1978, parallèlement à la CIM, de publier cette nomenclature qui contient la définition type des entités morbides de façon à faciliter les comparaisons. Seuls les volumes relatifs aux maladies infectieuses et parasitaires sont prêts à temps pour qu'on puisse utiliser la terminologie recommandée dans le projet définitif de la CIM-10, qui sera soumis à l'attention de la Conférence internationale pour la Dixième Révision. Pour la plupart, les autres volumes devraient être prêts lorsque la CIM-10 entrera en application. Le Comité a insisté sur l'importance du rôle de la NIM en faveur de l'emploi d'une terminologie correcte.

11. DEFINITIONS ET NORMES RELATIVES A LA MORTALITE MATERNELLE ET INFANTILE ET A LA PERIODE PERINATALE

Des définitions concernant la santé maternelle et infantile vont de pair avec la CIM depuis la Sixième Révision. L'OMS a organisé à Genève, en décembre 1984, une première Consultation sur ces définitions en vue de la CIM-10. La publication du rapport de cette Consultation a soulevé un certain nombre d'objections. Ce rapport ainsi qu'un résumé des observations reçues ont été soumis aux directeurs de centre, à leur réunion d'avril 1986. Devant l'importance des points de désaccord, les directeurs ont recommandé que l'OMS organise une nouvelle consultation en vue de résoudre les problèmes qui subsistent.

Une seconde Consultation a donc été organisée à Washington, D.C. (Etats-Unis d'Amérique) du 30 mars au 3 avril 1987. Pour résoudre les difficultés que soulevait le remplacement de l'expression traditionnelle "mort foetale" par "mortinaissance", conformément à la recommandation de la première Consultation, la Consultation de Washington a décidé de commencer par définir le terme "naissance" avant de caractériser l'issue de la naissance par l'une des deux expressions : "enfant né vivant" ou "foetus mort-né".

Le Comité d'experts a été informé des nombreuses objections qu'avait soulevées la recommandation de la Consultation de Washington visant à remplacer l'expression "mort foetale" par "foetus mort-né". Tout en reconnaissant que la seconde est plus correcte du point de vue logique, le Comité a considéré que l'expression "mort foetale" est celle qu'on utilise traditionnellement aux fins statistiques. Il a donc recommandé l'adoption de la définition suivante :

Mort foetale (foetus mort-né). Aux fins statistiques, on entend par mort foetale un foetus mort-né qui, après la naissance, ne respire pas et ne montre aucun signe de vie - battements cardiaques, pulsations au niveau du cordon ombilical ou mouvements musculaires volontaires - que le cordon ombilical ait ou non été coupé ou que le placenta soit ou non fixé.

Le Comité d'experts a également exprimé son désaccord sur l'utilisation de l'adjectif "standard" pour caractériser un taux de mortalité infantile ou un taux de mortalité néonatale précoce.

Enfin, le Comité a estimé qu'il fallait encore préciser la nature du taux de mortalité maternelle dont on recommandait l'usage. Il a proposé que ce taux tienne compte de la mortalité maternelle, à la fois directe et indirecte. Il conviendrait également de calculer des taux distincts pour la mortalité maternelle directe et la mortalité maternelle indirecte.

A l'exception des réserves ci-dessus, le Comité d'experts a donné son accord aux recommandations de la Consultation de Washington.

12. REGLES ET DEFINITIONS CONCERNANT L'ETABLISSEMENT DU CERTIFICAT DE DECES DANS LE CADRE DE LA CIM-10

Une première Consultation s'est réunie sur la question à Budapest, en avril 1983, et les recommandations de cette réunion ont été soumises au Comité d'experts de la CIM-10, lors de sa première réunion en 1984. Depuis, la question a été examinée lors des réunions annuelles des directeurs de centre, tandis qu'un certain nombre d'enquêtes étaient réalisées par les centres.

Une dernière Consultation a été organisée en avril 1987 à Titchfield, Royaume-Uni. Les principales recommandations de cette consultation étaient les suivantes :

- la "règle générale" devrait être rebaptisée "principe général" applicable en priorité avant les autres règles;
- la règle 4 ("Sénilité") et la règle 5 ("Etats mal définis") devraient être regroupées;
- la règle 11 ("Pneumonie, grippe et affections maternelles anciennes") devrait être supprimée tandis qu'on élargirait le domaine d'application de la règle 10 ("Séquelles") de façon à y inclure les séquelles des affections maternelles;
- la règle 12 ("Erreurs et accidents au cours de soins médicaux") devrait être supprimée.

Un certain nombre de modifications mineures ont par ailleurs été proposées dans les "notes pour le codage des causes de décès" et dans les "notes pour l'interprétation des causes de décès".

Le Comité d'experts s'est rangé sans réserve aux recommandations de la Consultation de Titchfield, qui constituent une simplification bienvenue des règles.

Le Comité a été informé des travaux réalisés dans ce domaine par l'Organisation panaméricaine de la Santé et qui seront portés à la connaissance des directeurs de centre, à leur prochaine réunion. Par ailleurs, le Comité a appris que des études sont en cours aux Etats-Unis d'Amérique au sujet du Modèle international de certificat médical de la cause de décès, plus précisément sur l'ordre d'inscription des diverses affections dans la partie I du Certificat. Après en avoir longuement débattu, le Comité d'experts a recommandé qu'on conserve l'ordre actuel mais il a vivement invité l'OMS à encourager les études nationales sur l'influence qu'aurait une présentation dans l'ordre inverse. De façon générale, des recommandations aux médecins sur l'ordre d'inscription des diagnostics, qu'il s'agisse de la morbidité ou de la mortalité, seraient les bienvenues. Reconnaissant qu'un nombre de plus en plus important d'affections sont inscrites sur le certificat médical de la cause de décès dans de nombreux pays, le Comité d'experts a recommandé qu'on ajoute à la partie I du Certificat une ligne supplémentaire notée d) en vue de la Dixième Révision de la CIM.

13. COURS DE FORMATION A L'UTILISATION DE LA CIM-10

Le Secrétariat a informé le Comité d'experts de son projet de mettre au point des matériels didactiques utilisables avec la CIM-10. Seraient notamment prévus des matériels destinés aux cours de réorientation organisés sous la responsabilité des bureaux régionaux,

comme on l'avait fait pour la Neuvième Révision, ainsi que des matériels de base pour les cours d'initiation destinés aux usagers qui n'ont jamais utilisé la CIM avant la Dixième Révision. En principe, les matériels didactiques pour les cours de réorientation devraient être à la disposition des traducteurs en 1990, les cours pouvant être organisés en 1991 et 1992 avant l'entrée en vigueur de la CIM-10 en 1993. Faute de moyens financiers et de personnel suffisants, les matériels didactiques de base pour les cours de familiarisation ne seront sans doute disponibles qu'après 1993.

Le Comité d'experts a insisté sur le fait qu'il importe que les cours de formation organisés au niveau international soient suivis par des ressortissants nationaux ayant la compétence technique et linguistique suffisante pour pouvoir ensuite assumer la responsabilité de la formation au niveau national. Les critères d'admission aux cours devront être portés à l'attention des bureaux régionaux de l'OMS. Par ailleurs, il faudrait disposer de matériels didactiques distincts pour le codage des causes de mortalité dans les bureaux de l'état civil ainsi que pour le codage des causes de morbidité dans les établissements de soins.

14. PUBLICATION DE LA CIM-10

Un certain nombre d'Etats Membres de l'OMS n'ont jamais adopté la Neuvième Révision faute d'une infrastructure suffisante pour appuyer la collecte, le codage, la mise en tableaux et l'analyse au niveau prévu par la Classification. C'est pourquoi l'OMS avait décidé de publier la liste de base pour la mise en tableaux, accompagnée d'un index alphabétique.

Le code alphanumérique adopté pour la CIM-10 a pour effet de doubler au moins la longueur de la structure de codage. C'est ainsi que le nombre des rubriques à trois caractères est passé de 878 dans la CIM-9 à 2001 dans le quatrième avant-projet soumis au Comité d'experts. C'est un nombre qui représente dix fois celui des rubriques de la CIM-5 dont la version internationale ne contenait pas de sous-rubrique à quatre chiffres.

Comme un nombre relativement élevé d'Etats Membres risqueraient d'être incapables ou peu désireux d'utiliser une classification aussi détaillée et qu'il n'existe plus de liste pour la mise en tableaux aussi développée que la liste de base pour la mise en tableaux de la CIM-9, le Secrétariat a proposé de publier un volume à part qui contiendrait uniquement les rubriques à trois caractères, ainsi que les termes à inclure, les notes d'exclusion et un index alphabétique. On trouverait également dans ce volume les règles de codage des causes de mortalité, les listes abrégées pour la mise en tableaux des données et toutes les explications nécessaires.

Le Secrétariat a par ailleurs exprimé sa crainte de voir les volumes devenir peu maniables du fait de l'importance de la Classification au niveau des codes à quatre caractères. Il a donc proposé de rationaliser les termes à inclure et de raccourcir l'index alphabétique en réduisant les renvois et en supprimant les termes désuets.

Enfin, le Secrétariat a proposé, conformément à la recommandation formulée lors de la Consultation de novembre 1987 sur les listes abrégées (voir section 6.1 ci-dessus), que les notes explicatives de la CIM-10 comportent également l'exposé des principes de la Classification concernant la priorité des chapitres, des instructions générales sur les diverses applications de la Classification, l'exposé des conventions et autres principes ainsi que des listes supplémentaires abrégées pour la mise en tableaux, avec leur mode d'emploi.

Le Comité d'experts s'est rangé à ces propositions, mais il a insisté sur le fait que, quelle que soit la langue officielle, la table analytique et l'index doivent paraître simultanément. Les versions dans la totalité des langues officielles devront paraître en temps voulu. Le Comité a par ailleurs appuyé le point de vue selon lequel il est indispensable que la CIM-10 soit disponible sur support magnétique en vue des applications informatisées.

15. CODAGE DU SYNDROME D'IMMUNODEFICIENCE ACQUISE (SIDA) DANS LA CIM-9

Peu après la découverte du SIDA, l'OMS avait recommandé que ce syndrome soit classé dans la CIM-9 à la rubrique 279.1. S'il est maintenant établi que les affections associées au SIDA relèvent effectivement du chapitre I, il n'existe pas de rubrique pour ces affections dans la liste de base pour la mise en tableaux. Dans certains pays, on se sert, tant pour la morbidité que pour la mortalité, d'une classification détaillée spéciale utilisant les rubriques laissées vacantes au chapitre I, moyennant une adaptation spéciale des règles de codage de la cause de mortalité. Le problème est d'étudier la meilleure façon de coder les termes figurant sur le certificat de décès et dans les autres dossiers de santé et de tirer parti des résultats de la recherche en vue de la CIM-10.

Le Secrétariat a donc proposé que le SIDA et le para-SIDA soient classés séparément dans des sous-rubriques spéciales (279.5 et 279.6 respectivement) de la CIM-9 proprement dite ainsi que dans des rubriques spéciales (184 et 185 respectivement) de la liste de base pour la mise en tableaux. Le Comité a donné son accord à cette proposition et il a appuyé, à titre de recherches supplémentaires, la poursuite de l'utilisation expérimentale dans certains pays d'une classification particulière plus développée. De plus, il a recommandé que l'OMS fournisse des instructions supplémentaires aux pays utilisant les sous-rubriques 279.5 et 279.6 sur la nature des affections et des symptômes signalés qui doivent être classés sous ces codes et demande aux pays de la tenir informée des observations faites et des problèmes rencontrés lors du codage correspondant.

16. ACTIVITES FUTURES

Le plan de travail en vue de la CIM-10 présenté et adopté lors de la réunion de 1984 des directeurs de centre à San Francisco, Etats-Unis d'Amérique, a jusqu'ici été suivi à la lettre.

Après l'actuelle réunion, le plan prévoit que le Secrétariat continue de travailler à la rédaction des avant-projets des différents chapitres et à la mise à jour de l'index alphabétique. La prochaine réunion des directeurs de centre doit se tenir à Uppsala (Suède), en juin 1988, et celle de 1989 aura lieu au Centre de Paris. La Conférence internationale pour la Dixième Révision est prévue à Genève en septembre 1989. Les recommandations de cette conférence, en anglais et en français, seront ensuite présentées au Conseil exécutif de l'OMS en janvier 1990 et à l'Assemblée mondiale de la Santé en mai 1990.

Des cours de formation à l'utilisation de la CIM-10 auront lieu en principe en 1991 et 1992, tandis que la CIM-10 entrera en vigueur dans les Etats Membres le 1^{er} janvier 1993.

Le Comité d'experts a donné pour mandat aux directeurs de centre, lors de leur réunion de 1988, de formuler de nouvelles recommandations concernant les problèmes en suspens qu'il a relevés et d'examiner plus particulièrement les listes abrégées pour la mise en tableaux, les règles de codage des causes de morbidité et de mortalité et la classification des causes extérieures.

Après avoir de nouveau examiné le calendrier proposé pour 1989, le Comité d'experts a vivement recommandé, dans le souci d'assurer l'achèvement des travaux en temps voulu et dans de bonnes conditions, que la réunion des directeurs de centre prévue cette année-là précède la Conférence internationale pour la Dixième Révision, en se tenant, par exemple, en avril ou en mai, tandis que la conférence serait différée jusqu'en septembre 1989.

Comme l'avancement des travaux dépend dans une très large mesure des moyens financiers dont dispose l'OMS, il faudra informer les centres dans les meilleurs délais de la nature et de l'échelonnement du soutien attendu d'eux de façon qu'ils puissent planifier leurs propres ressources.

Le Comité d'experts a insisté pour que le travail, en collaboration avec les centres, sur les versions de la CIM-10 dans d'autres langues que l'anglais prenne le moins de retard possible sur la rédaction en langue anglaise.

LISTE DES PARTICIPANTS

Membres

- Dr M. A. Heasman, The Old Granary, Haddington, East Lothian, Ecosse, Royaume-Uni
(Rapporteur)
- M. R. A. Israel, Directeur adjoint du National Center for Health Statistics, Department of Health and Human Services, Hyattsville, Etats-Unis d'Amérique
- Professeur R. Laurenti, Professeur d'épidémiologie, Faculté de Santé publique, Université de São Paulo, São Paulo, Brésil
- Dr P. Maguin, Médecin de santé publique, INSERM, Le Vésinet, France
- Soeur Mary Daniel Park, Présidente honoraire, Association coréenne des Archives médicales, Hôpital Fatima de Daegu, Daegu, République de Corée
- Dr Y. Porapakkham, Professeur associé et Président du Département de Biostatistiques, Faculté de Santé publique, Université Mahidol, Bangkok, Thaïlande
- Dr G.F. Tserkovnyii, Directeur du Département de Statistiques sanitaires et des Applications de l'Informatique, Ministère de la Santé d'URSS, Moscou, URSS (Vice-Président)
- Dr R. Wells, Riverlea Homestead, Tidbinbilla Road, Via Tharwa, Australie (Président)

Observateur

- Dr F. Hatton, INSERM, Le Vésinet, France

Secrétariat

- Dr G. Brämer, unité Développement des services d'épidémiologie et de statistiques sanitaires, Organisation mondiale de la Santé, Genève, Suisse (Secrétaire)
- Mme Alice Clague, Section des statistiques démographiques et sociales, Bureau de Statistiques des Nations Unies, New York, Etats-Unis d'Amérique
- Dr Daw Yin Mya, Conseiller régional pour les statistiques sanitaires, Bureau régional de l'OMS pour l'Asie du Sud-Est, New Delhi, Inde
- Dr M. Gersenovici, Conseiller régional pour la Classification internationale des Maladies, Bureau régional de l'OMS pour les Amériques, Washington, D.C., Etats-Unis d'Amérique
- Dr J.-P. Jardel, Sous-Directeur général, Organisation mondiale de la Santé, Genève, Suisse
- Dr K. Kupka, 12 avenue de Budé, Genève, Suisse
- M. A. L'Hours, fonctionnaire technique, unité Développement des services d'épidémiologie et de statistiques sanitaires, Organisation mondiale de la Santé, Genève, Suisse
- Dr. A. Lopez, Statisticien/démographe, Surveillance épidémiologique et appréciation de la situation sanitaire dans le monde, Organisation mondiale de la Santé, Genève, Suisse

M. D. A. Lowe, Chef du service de Terminologie technique, Organisation mondiale de la Santé,
Genève, Suisse

Mme R. M. Loy, Maidstone, Kent, Angleterre (Conseiller temporaire)

Dr C. S. Muir, Directeur adjoint du Centre international de Recherche sur le Cancer, Lyon,
France

Dr N. Sartorius, Directeur de la Division de la Santé mentale, Organisation mondiale de la
Santé, Genève, Suisse

Dr M. C. Thuriaux, Epidémiologie et statistiques, Bureau régional de l'OMS pour l'Europe,
Copenhague, Danemark

Dr K. Uemura, Directeur de la Division de la Surveillance épidémiologique et de
l'Appréciation de la Situation sanitaire et de ses Tendances, Organisation mondiale de la
Santé, Genève, Suisse

PLAN GÉNÉRAL PROPOSÉ POUR LA CIM-10

<u>Chapitres</u>		<u>Codes extrêmes</u>
I	Certaines maladies parasitaires et infectieuses	A00-A99 } B00-B99 }
II	Néoplasmes	C00-C99 } D00-D49 }
III	Maladies du sang et des organes hématopoïétiques et certains troubles à composante immunitaire	D50-D99
IV	Maladies endocriniennes, nutritionnelles et métaboliques	E00-E99
V	Troubles mentaux, comportementaux et développementaux	F00-F99
VI	Maladies du système nerveux	G00-G99
VII	Maladies de l'oeil et de ses annexes	H00-H59
VIII	Maladies de l'oreille et de la mastoïde	H60-H99
IX	Maladies de l'appareil circulatoire	I00-I99
X	Maladies de l'appareil respiratoire	J00-J99
XI	Maladies de l'appareil digestif	K00-K99
XII	Maladies de la peau et du tissu sous-cutané	L00-L99
XIII	Maladies de l'appareil musculo-squelettique et du tissu conjonctif	M00-M99
XIV	Maladies des organes génito-urinaires	N00-N99
XV	Grossesses, accouchements et suites de couches	O00-O99
XVI	Certaines affections dont l'origine se situe dans la période périnatale	P00-P99
XVII	Malformations et difformités congénitales et anomalies chromosomiques	Q00-Q99
XVIII	Symptômes, signes et résultats anormaux d'examen cliniques et de laboratoire, non classés ailleurs	R00-R99
XIX	Traumatismes, empoisonnements et certaines autres conséquences de causes extérieures	S00-S99 } T00-T99 }
XX	Causes extérieures de morbidité et de mortalité	V01-V99 } W00-W99 } X00-X99 } Y00-Y99 }
XXI	Facteurs influant sur l'état de santé et motifs de recours aux services de santé	Z00-Z99

LISTE ABREGEE DES CAUSES DE MORTALITE GENERALE

1. Choléra (A00)
2. Diarrhée et gastro-entérite d'origine infectieuse présumée (A09)
3. Autres maladies infectieuses intestinales (A01-A08)
4. Tuberculoses de l'appareil respiratoire (A15, A16)
5. Tuberculoses de localisation non respiratoire (A17-A19)
6. Peste (A20)
7. Tétanos (A33, A34)
8. Diphtérie (A35)
9. Coqueluche (A36)
10. Infection à méningocoques (A38)
11. Septicémie (A39, A40)
12. Maladies sexuellement transmissibles (A50-A64)
13. Typhoïde (A75, A76)
14. Poliomyélite aiguë (A80)
15. Maladies à virus et fièvres hémorragiques épidémiques (A90-A99)
16. Orthopoxvirose simienne (B05)
17. Rougeole (B06)
18. Hépatite virale (B15-B19)
19. SIDA et para-SIDA (B20-B21)
20. Paludisme (B50-B54)
21. Leishmaniose (B55)
22. Trypanosomiase (B56, B57)
23. Schistosomiase (B65)
24. Reste des affections du chapitre "Certaines maladies parasitaires et infectieuses"
26. Tumeur maligne de la lèvre, de la cavité buccale et du pharynx (C00-C14)
26. Tumeur maligne de l'oesophage (C15)
27. Tumeur maligne de l'estomac (C16)
28. Tumeur maligne du côlon et du rectum (C18-C20)
29. Tumeur maligne du foie (C22)
30. Tumeur maligne du pancréas (C25)
31. Tumeur maligne du larynx (C32)
32. Tumeur maligne de la trachée, des bronches et du poumon (C33-C34)
33. Tumeur maligne du sein (C50)
34. Tumeur maligne du col utérin (C53)
35. Tumeur maligne de l'utérus (corps et SAI) (C54-C55)
36. Tumeur maligne de l'ovaire (C65)
37. Tumeur maligne de la prostate (C61)
38. Tumeur maligne de la vessie (C67)
39. Tumeur maligne de l'encéphale et du système nerveux (C70-C72)
40. Lymphomes non hodgkiniens (C82-C87)
41. Leucémies (C91-C95)
42. Autres tumeurs malignes
43. Anémies (D50-D64)
44. Diabète sucré (E10-E14)
45. Malnutrition (E40-E46)
46. Maladie d'Alzheimer (F00, G30)
47. Troubles mentaux et comportementaux dus à des substances psychotropes (F10-F19)
48. Méningite (G00-G03)
49. Rhumatisme articulaire aigu et cardiopathie rhumatismale chronique (I00-I09)
50. Maladie hypertensive (I10-I13)
51. Cardiopathie ischémique (I20-I24)
52. Autres cardiopathies
53. Maladies cérébrovasculaires (I60-I69)

54. Athérosclérose (I70)
55. Maladie respiratoire basse chronique (J40-J45)
56. Grippe (J12-J13)
57. Pneumonie (J14-J20)
58. Autres infections respiratoires basses aiguës (J10, J11, J21)
59. Ulcère de l'estomac et du duodénum (K25-K26)
60. Maladies du foie (K70-K78)
61. Néphropathies glomérulaires et tubulo-interstitielles (N00-N19)
62. Grossesse aboutissant à l'avortement (O00-O08)
63. Décès de cause obstétricale directe (O10-O22, O24-O26, O29-O80, O85-O92, O94-O95)
64. Décès de cause obstétricale indirecte (O23, O27, O81, O93)
65. Certaines affections dont l'origine se situe pendant la période périnatale (P00-P96)
66. Anomalies anatomiques congénitales et aberrations chromosomiques (Q00-Q99)
67. Symptômes et état morbide mal définis, non classés ailleurs (R00-R99)
68. Ensemble des autres maladies
69. Accidents de transport (V01-V99)
70. Chutes (W00-W19)
71. Noyade (W65-W74)
72. Exposition au feu ou aux flammes (X00-X09)
73. Intoxication accidentelle (X40-X49)
74. Suicide et traumatisme volontaire (X50-X74)
75. Voies de fait (X75-X99)
76. Exposition aux forces naturelles (Y25-Y34)
77. Ensemble des autres causes extérieures

LISTE ABREGEE DES CAUSES DE MORTALITE INFANTILE

1. Diarrhée (A09)
2. Maladies infectieuses intestinales bien définies (A00-A08)
3. Tuberculose (A15-A19)
4. Tétanos (A33, A34)
5. Diphtérie (A35)
6. Coqueluche (A36)
7. Infection à méningocoques (A38)
8. Septicémie (A39, A40)
9. Syphilis congénitale (A50)
10. Poliomyélite aiguë (A80)
11. Rougeole (B06)
12. SIDA pédiatrique (B20, B21)
13. Reste du chapitre "Certaines maladies infectieuses"
14. Tumeur maligne (C00-C96)
15. Anémies (D50-D64)
16. Autres maladies du sang et des organes hématopoiétiques (D65-D89)
17. Malnutrition et autres carences nutritionnelles (E40-E64)
18. Méningite (G00, G03)
19. Autres maladies du système nerveux
20. Maladies de l'oreille moyenne et de la mastoïde (H65-H75)
21. Infections respiratoires hautes aiguës (J00-J06)
22. Infections respiratoires basses aiguës (J10-J21)
23. Maladies de l'appareil digestif (K00-K93)
24. Retentissement sur le fœtus ou le nouveau-né de troubles maternels (P05-P08)
25. Troubles découlant de la durée de la gestation et de la croissance fœtale (P05-P08)
26. Traumatisme obstétrical (P10-P15)
27. Hypoxie ou anoxie intra-utérine et asphyxie à la naissance (P20-P21)
28. Détresse respiratoire (P22)
29. Autres affections respiratoires du nouveau-né (P23-P28)
30. Maladie virale congénitale (P35)
31. Infection bactérienne congénitale (P36)
32. Omphalite (P39, pt.)
33. Autres infections spécifiques de la période périnatale
34. Hémorragie fœtale et néonatale (P50 à P54)
35. Maladie hémolytique du nouveau-né (P55-P60)
36. Autres affections périnatales
37. Anencéphale et malformations similaires (Q00)
38. Spina-bifida et hydrocéphalie congénitale (Q01, Q04)
39. Autres malformations du système nerveux (Q02, Q03, Q05-Q07)
40. Malformations et anomalies du coeur (Q20-Q24)
41. Autres malformations de l'appareil circulatoire (Q25-Q28)
42. Malformation de l'appareil respiratoire (Q30-Q34)
43. Malformation de l'appareil digestif (Q35-Q45)
44. Malformation de l'appareil urinaire (Q60-Q64)
45. Syndrome de Down (Q90)
46. Autres aberrations chromosomiques (A91-A99)
47. Autres malformations congénitales
48. Syndrome de mort subite du nouveau-né (R95)
49. Signes, symptômes et états morbides mal définis
50. Ensemble des autres maladies
51. Problème respiratoire (W75-W84)
52. Manque de soins ou privations (X23-X29)
53. Mauvais traitements, par négligence, criminelle ou non (X95, X96)
54. Ensemble des autres causes extérieures

= - =