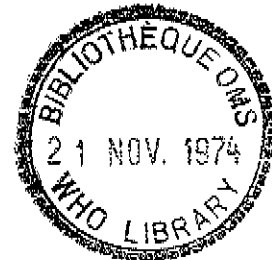




COMITE D'EXPERTS DES STATISTIQUES SANITAIRES
(Neuvième Révision de la Classification
internationale des Maladies)

Genève, 4-10 juin 1974

RAPPORT



	<u>Pages</u>
1. TRAVAIL PREPARATOIRE A LA NEUVIEME REVISION DE LA CIM	4
2. STRUCTURE GENERALE DE LA CIM	5
3. PROPOSITION POUR LA REVISION DES PRINCIPAUX CHAPITRES DE LA CIM ET DU CODE E ..	8
4. CLASSIFICATIONS SUPPLEMENTAIRES	13
5. LISTES POUR LA MISE EN TABLEAUX DES STATISTIQUES DE MORTALITE ET DE MORBIDITE .	15
6. AUTRES QUESTIONS EN RAPPORT AVEC L'USAGE DE LA CIM	16
7. DIXIEME REVISION	19

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.

Membres

Dr G. Corkovnyj, Chef du département des statistiques sanitaires; Ministère de la Santé de l'URSS, Moscou, URSS (Vice-Président)

Dr M. A. Heasman, Director, Information Services Division, Common Services Agency, Edimbourg Ecosse, Royaume-Uni (Président)

Professeur H. Immich, Chef du département de documentation et de statistiques médicales, Université de Heidelberg, Heidelberg, République fédérale d'Allemagne

Dr Laurenti, Professeur assistant, Département d'épidémiologie, Ecole de santé publique, Université de São Paulo, São Paulo, Brésil

Dr I. M. Moriyama, Acting Associate Director for International Statistical Programs, National Center for Health Statistics, Health Resources Administration, Department of Health, Education and Welfare, Public Health Service, Rockville, Etats-Unis d'Amérique

* Professeur R. Senault, Professeur de médecine préventive et de santé publique, Faculté de Médecine, Nancy, France

M. Ako Sjöstrom, Directeur, Division de planification, Conseil suédois de la santé et du bien-être, Stockholm, Suède

Dr Ronald Wells, Deputy Director-General, Australian Department of Health, Capital Territory Health Commission, Canberra City, Australie (Rapporteur)

Chefs des Centres OMS pour le classement des maladies

Dr A. M. Adelstein, Chef du Centre OMS pour le Classement des Maladies, Office of Population Censuses and Surveys, Londres, Royaume-Uni

Dr Madeleine Guidevaux, Chef du Centre OMS pour le Classement des Maladies, INSERM, Paris, France

Dr A. A. Romenskij, Chef du Centre OMS pour le Classement des Maladies, Institut N. A. Semasko, Moscou, URSS

Dr R. A. Tinedo-Melendez, Centre latino-américain pour le Classement des Maladies, Caracas, Venezuela

Observateurs

Professeur P. W. Steinbruck, Directeur de l'Institut de recherche sur la tuberculose et les maladies pulmonaires - Union internationale contre la tuberculose

Représentants d'autres organisations

Organisation internationale du Travail

Dr M. Stilon de Piro, Service de la Sécurité sociale, OIT, Genève, Suisse

* N'a pu participer à la réunion.

Bureaux régionaux OMS

Dr A. Weber, Responsable régional de l'information sanitaire, Bureau régional de l'Europe,
Copenhague, Danemark

Dr H. C. Ebbing, Conseiller régional pour les statistiques sanitaires, Bureau régional de l'Asie
du Sud-Est, New Delhi, Inde

Centre international de Recherche sur le Cancer

Dr C. S. Muir, Chef, Epidémiologie et biostatistique, CIRC, Lyon, France

Secrétariat

Dr K. Kupka, Chef, Classification internationale des maladies, OMS (Secrétaire)

M. H. G. Corbett, Statisticien, Classification internationale des maladies, OMS

Mlle R. L. Loy, Technical Officer, Centre OMS pour le classement des maladies, Office of
Population Censuses and Surveys, Londres, Royaume-Uni

Le Comité d'experts des Statistiques sanitaires s'est réuni à Genève du 4 au 10 juin 1974. Le Dr A. S. Pavlov, Sous-Directeur général, a ouvert la réunion au nom du Directeur général et souhaité la bienvenue aux participants.

Le Comité a élu le Dr A. Heasman Président, le Dr G. Cerkovnyj Vice-Président et le Dr R. Wells rapporteur.

Le Comité a adopté son ordre du jour, qui portait sur la structure générale de la Neuvième Révision de la Classification internationale des Maladies (CIM), la révision de certains de ses chapitres, et divers autres sujets en rapport avec son utilisation.

1. TRAVAIL PREPARATOIRE A LA NEUVIEME REVISION DE LA CIM

Les préparatifs de la Neuvième Révision de la CIM sont en cours depuis près de 5 ans et ont fait l'objet de trois rapports du groupe d'étude sur la classification des maladies et de quatre rapports de réunions des chefs des Centres OMS pour le classement des maladies. Ces rapports contenaient diverses recommandations techniques visant à guider la préparation d'avant-projets d'une révision destinée à présenter une classification qui réponde à une large variété de conditions sanitaires et sociales.

Le groupe d'étude sur la classification des maladies a tenu sa première réunion à Genève en octobre 1969, pour examiner le programme de préparation de la Neuvième Révision. Il a fixé des directives générales pour l'étendue, le contenu et la forme de la Neuvième Révision, a examiné les conséquences des développements et des tendances dans diverses activités connexes, et a recommandé de préparer des classifications supplémentaires, soit à l'intérieur soit en complément de la CIM, pour les handicaps, les incapacités et les insuffisances fonctionnelles, la classification morphologique (histologique) des tumeurs, les interventions chirurgicales et d'autres actes médico-chirurgicaux, dont les examens de laboratoire.

La seconde réunion, tenue en novembre 1971, a passé en revue les progrès réalisés dans la révision de chaque chapitre de la CIM et des classifications qui s'y rapportent; elle a également donné d'autres directives sur certaines questions générales. Elle a pris note des opinions exprimées à deux réunions de chefs de Centres OMS pour le classement des maladies tenues depuis la première réunion du groupe d'étude, et de plusieurs réunions de pays groupés par langue.

La troisième réunion du groupe d'étude s'est tenue en janvier 1973. Elle a examiné des questions fondamentales de principe posées par les propositions de révision des principaux chapitres de la CIM qui avaient été préparées par les Centres OMS pour le classement des maladies, par les unités du Siège de l'OMS, par des consultants et des conseillers temporaires ou des groupes d'experts, des propositions d'ensemble des Etats-Unis, de l'Organisation panaméricaine de la santé, du Comité nordique des Statistiques médicales (NOMESCO), de la conférence des Drei-Länder et des réunions de pays organisées par les bureaux régionaux de l'OMS, compte tenu des observations reçues de nombreux pays et de particuliers. Le groupe a également examiné les progrès réalisés sur les classifications connexes : conformément aux recommandations du groupe d'étude sur les propositions, l'OMS a été priée de préparer un projet complet de Neuvième Révision de la CIM, de l'adresser aux Etats Membres, et de le soumettre, accompagné d'un résumé des commentaires, au Comité d'experts, en même temps que les projets des classifications connexes.

Les rapports de ces réunions ont été très précieux au Comité d'experts dans ses délibérations.

Le Comité d'experts

A NOTE les rapports des groupes d'étude et des réunions des chefs des Centres OMS pour le Classement des Maladies,

ET REMERCIE les participants de leur utile travail préparatoire à la Neuvième Révision de la Classification internationale des Maladies.

Les recommandations du Comité d'experts pour la Neuvième Révision de la CIM forment l'essentiel de ce rapport. Nombre de ces recommandations sont celles qui ont été formulées par les réunions préparatoires; d'autres ont dû être réexaminées par le Comité d'experts à la lumière des observations faites sur les avant-projets adressés aux pays.

2. STRUCTURE GENERALE DE LA CIM

Le Comité d'experts a étudié les observations qui ont été reçues d'un certain nombre de pays sur les avant-projets de révision.

2.1 Généralités

2.1.1 La Neuvième Révision de la Classification internationale des Maladies, Traumatismes et Causes de Décès sera une descendante directe des classifications antérieures destinées à la présentation de statistiques des causes de décès par cause unique. Dans les révisions les plus récentes, on a reconnu que la CIM pouvait être, et était en fait, de plus en plus utilisée pour la présentation de statistiques de morbidité et de soins médicaux, pour l'indexage et la consultation de dossiers médicaux tels que les archives hospitalières, et que l'analyse des affections multiples était utilisée dans beaucoup de ces applications. Le Comité a estimé que ces autres usages de la classification augmenteraient en importance et que la Neuvième Révision de la CIM aurait à s'adapter à ces besoins particuliers sans que son emploi traditionnel pour les statistiques de mortalité ait à en souffrir. Sous ce rapport, le Comité a pris note de la résolution suivante de l'Assemblée mondiale de la Santé tenue en mai 1974 (WHA27.55).

"La Vingt-Septième Assemblée mondiale de la Santé,

Considérant que la Classification internationale des Maladies apporte une contribution capitale à la coopération internationale dans le domaine des statistiques sanitaires;

Notant que les données couramment fournies ont grandement aidé au développement des services préventifs;

Considérant les besoins supplémentaires de données appropriées que crée l'expansion des activités de planification et de surveillance pour les systèmes de prestation de soins de santé,

Notant également la demande croissante de données pertinentes pour l'évaluation des activités cliniques; et

Préoccupée du danger qu'il y a de voir mettre sur pied dans différents pays des systèmes variés pour faire face à ces besoins supplémentaires, ce dont souffrirait la communication internationale,

PRIE le Directeur général de faire en sorte que la prochaine Révision de la Classification internationale des Maladies comporte les moyens de répondre aux besoins en question sans préjudice de l'utilisation continue de la Classification aux fins traditionnelles."

2.1.2 D'après un certain nombre de suggestions, la CIM devrait subir une refonte radicale de sa conception et de sa structure, mais le Comité n'a pas estimé que la Neuvième Révision serait le moment approprié pour ce changement. Reconnaisant les mérites de la structure actuelle de la CIM, il a néanmoins estimé que la possibilité d'une refonte radicale devrait être sérieusement examinée pour la Dixième Révision de la CIM.

2.1.3 Dans la Neuvième Révision de la CIM, il faudrait conserver la base essentielle de la Huitième Révision en ce qui concerne les axes de classification, les principaux chapitres et le système de chiffrage décimal. Sauf raisons impérieuses, le chiffrage des sections devrait être aussi peu modifié que possible.

2.1.4 Dans les premiers stades du travail préparatoire, on avait pensé que la Neuvième Révision pourrait, dans une large mesure, se limiter à présenter de nouvelles subdivisions des rubriques existantes à trois chiffres, mais nombre des cliniciens consultés ont vivement critiqué la classification existante et, dans certaines sections, les connaissances médicales ont avancé si rapidement que l'arrangement actuel des rubriques est déjà très dépassé. Le groupe d'étude de 1973 a estimé que la plupart des demandes de modifications à apporter à la CIM pour l'adapter à des fins de protection médicale pourraient être satisfaites sans trop diminuer son intérêt pour les mises en tableaux de "causes initiales", et que ces modifications devraient être incorporées dans les avant-projets. Le Comité d'experts a recommandé l'acceptation de ce type de modifications, ce qui implique entre autres une refonte complète de certains chapitres ou sections de chapitres, mais sans toucher à la disposition d'ensemble des chiffres précédemment choisis. Il faut maintenir au minimum les modifications mineures de chiffrage, comme le déplacement d'une série de chiffres de un ou de 10, qui peuvent induire en erreur les codeurs et aboutir à de nombreuses erreurs dans les statistiques.

2.1.5 Le Comité a recommandé d'inclure des notes et des instructions sur l'utilisation de la CIM pour les statistiques de morbidité et l'indexage, aussi bien pour l'utilisation aux fins des statistiques de mortalité.

2.1.6 Le Comité a recommandé de prendre de meilleures dispositions pour classer certains sujets, tels que les complications des actes médicaux et chirurgicaux, la symptomatologie et d'autres causes d'admissions à l'hôpital, dont les diagnostics d'affections physiques ou mentales ne suffisent pas à rendre compte.

2.1.7 Le Comité a noté que l'analyse des affections multiples permettrait d'utiliser certaines informations intéressantes supplémentaires et a recommandé que la Neuvième Révision prévoit une place pour la classification des handicaps, des symptômes et d'autres diagnostics secondaires ainsi que d'autres informations moins précises que l'on n'utiliserait pas normalement si l'on ne pouvait coder qu'un diagnostic unique. Les hypothèses étiologiques compliquent la codification des affections multiples et devraient être autant que possible supprimées.

2.1.8 Le Comité a recommandé que la liste analytique indique sans ambiguïté le contenu des rubriques, et lorsqu'on n'y parvient pas suffisamment par l'utilisation de termes à inclure ou à exclure de la manière habituelle, il faut introduire une note expliquant le contenu de la rubrique. Cependant, ces notes accompagnant les termes diagnostiques et donnant de simples descriptions ne devraient pas être présentées comme définissant la signification de ces termes dans l'usage médical courant; le sens de certains termes diagnostiques peut changer avec le progrès des connaissances, mais le contenu des rubriques dans la Neuvième Révision de la CIM doit rester constant.

2.1.9 On a estimé que les titres et les termes à inclure de la liste analytique devraient être la principale source de référence pour les termes préférés, et autant que possible devraient être basés sur le travail effectué par le CIOMS pour sa nomenclature de maladies. La liste des termes à inclure devrait être basée, si possible, sur l'étude des termes effectivement utilisés.

2.2 Effets tardifs

La réunion du groupe d'étude de janvier 1973 a demandé à l'OMS d'envisager la possibilité de grouper ensemble tous les "effets tardifs" dans une partie de la Classification où l'on pourrait trouver un espace suffisant pour une classification plus complète de la nature de ces effets. Le service compétent de l'OMS a tenté sans succès de trouver un moyen de donner suite à cette demande; les seules solutions possibles étaient donc, soit de conserver sans grand changement les rubriques "effets tardifs" mentionnées dans la Huitième Révision (et de classer à part la nature de ces effets) soit de les éliminer complètement. Le Comité d'experts a reconnu qu'il était nécessaire d'introduire des rubriques intitulées "effets tardifs de ...", dans la classification principale, et a donc recommandé de prendre des dispositions dans ce but pour les chapitres appropriés de la Neuvième Révision sur le modèle de ce qui a été fait dans la Huitième Révision.

2.3 Subdivisions à quatre chiffres se retrouvant dans plusieurs rubriques

Le Comité a estimé souhaitable de réduire la répétition inutile des subdivisions à quatre chiffres qui reviennent dans un groupe de rubriques à trois chiffres, sans cependant risquer de les faire négliger. Là où ces subdivisions à quatre chiffres ne sont pas répétées après chaque rubrique à trois chiffres, il faudrait ajouter une note appropriée, au moins sur chaque page, indiquant où l'on peut trouver le détail des subdivisions à quatre chiffres.

2.4 Identification des éléments "autres" et "sans précision" des sous-rubriques restantes

Le quatrième chiffre .9 devrait généralement être réservé pour les "sans précision" et le .8 pour "autres précisés" sauf lorsque ce chiffre est nécessaire pour une rubrique plus précise et qu'il ne reste que peu ou rien à classer comme "autres précisés".

2.5 Addition de .9 comme chiffre de "remplissage" pour les rubriques à trois chiffres non subdivisés

La réunion de novembre 1971 du groupe d'étude sur la classification des maladies a recommandé d'introduire un .9 comme "remplissage" standard pour porter à quatre chiffres les rubriques à trois chiffres qui n'ont pas de subdivisions à quatre chiffres. Cependant, le Comité a noté que cette proposition était inacceptable dans certains pays, et a donc recommandé d'y renoncer.

2.6 Classification de rechange pour certains diagnostics

2.6.1 Le Comité a recommandé que la Neuvième Révision de la CIM comprenne des codes de rechange pour les rapports diagnostiques qui fournissent des précisions non seulement sur l'étiologie mais sur la symptomatologie ou la localisation, et qui sont traditionnellement classés par la CIM selon l'étiologie, mais où l'information symptomatologique peut être plus importante à certaines fins médicales. Des deux codes possibles, l'un devrait être la classification étiologique traditionnelle, identifiée par une croix (+), l'autre permettre un classement par manifestations et être identifié par un astérisque (*).

2.6.2 Pour le codage servant aux statistiques de la cause initiale des maladies, ces diagnostics seraient placés dans la classification selon l'étiologie. Cependant, pour d'autres fins, les mêmes diagnostics seraient placés dans la classification selon les manifestations. Les deux codes pourraient être utilisés pour l'indexage des dossiers hospitaliers ou autres et dans le codage des affections multiples. De cette façon, l'utilisation d'un type de code pour subdiviser l'autre permettrait de montrer à la fois les deux axes de classification et pourrait fournir une précision élevée.

2.6.3 Le Comité a noté que dans les propositions envoyées, le plan n'avait pas toujours été pleinement ou constamment appliqué et a demandé que le Secrétariat le développe dans toute la mesure possible. Il a également noté que l'ajournement déjà décidé de la Conférence de révision jusqu'à octobre 1975 offrirait le temps nécessaire à l'accomplissement de ce travail, et s'est félicité d'apprendre que, grâce à des méthodes améliorées de production des volumes imprimés, l'OMS ne prévoyait de ce fait aucun retard de publication.

2.6.4 Au cours de la discussion de ce sujet, on a proposé de subdiviser chaque rubrique de sorte que les manifestations et la localisation puissent être identifiées séparément, ce qui permettrait d'élaborer des listes de tous les codes pour les affections touchant des parties données du corps et intéressant les spécialités appropriées. On obtiendrait ainsi un système plus économique de codage lorsque les deux axes de classification sont nécessaires. On n'aurait pas besoin d'autre codage lorsqu'une rubrique étiologique concerne une localisation anatomique unique; lorsqu'une rubrique étiologique se rapporte à plus d'une localisation, un seul indicateur supplémentaire (de préférence alphabétique) serait nécessaire. Le Comité a reconnu l'intérêt de cette proposition, qui va plus loin que le système de "croix et astérisque", mais a considéré que, si elle pouvait être envisagée pour la Dixième Révision, on ne pouvait la recommander pour la Neuvième.

2.7 Codage des effets des médicaments

Le Comité d'experts a recommandé que, dans la Neuvième Révision de la CIM, l'effet adverse de médicaments administrés à dose thérapeutique soit distingué de l'empoisonnement par surdosage, par un médicament administré ou pris par erreur ou par l'administration ou la prise d'un mauvais inapproprié. Les effets adverses de l'administration thérapeutique devraient être classés aux endroits normaux pour ces affections dans les chapitres I à XVI de la CIM, et les empoisonnements classés au chapitre XVII.

2.8 Typographie de la liste analytique

Le Comité a noté les suggestions selon lesquelles l'utilisation des symboles croix et astérisque n'offre pas une distinction suffisamment claire lorsque deux numéros sont attribués à la même affection, et qu'il devrait y avoir aussi une différenciation typographique. Le Comité a demandé au Secrétariat d'étudier les moyens de faire une distinction plus claire entre les deux codes; il conviendrait cependant de ne pas modifier le calendrier de publication.

3. PROPOSITIONS POUR LA REVISION DES PRINCIPAUX CHAPITRES DE LA CIM ET DU CODE E

Le Comité d'experts était saisi des avant-projets de révision des principaux chapitres de la CIM et du code E, qui avaient été adressés aux Etats Membres. Il a examiné un certain nombre d'observations ainsi reçues dont beaucoup portaient sur des points de détail et ont été renvoyées au Secrétariat, de telle sorte qu'il n'en est pas fait mention dans le présent rapport. Les principales modifications proposées sont brièvement décrites ci-dessous. Le Comité a recommandé que l'OMS prépare des propositions définitives à soumettre à la Conférence internationale de révision, sur la base des avant-projets, mais après adaptation à la lumière des recommandations du Comité exposées ci-après. Les points de détail ont été laissés à la discrétion du Secrétariat.

Chapitre 1 - Maladies infectieuses et parasitaires

Les modifications proposées dans ce chapitre consistent surtout à augmenter la précision et à moderniser la terminologie.

L'OMS avait recommandé que, dans la version anglaise, l'ancien titre "Infective and Parasitic Diseases" soit transformé en "Infectious and Parasitic Diseases" pour se conformer

à la terminologie classique. Le Comité a estimé qu'il y avait une différence de sens entre les deux mots anglais et que "infective" décrivait plus exactement le contenu du chapitre. Il a donc demandé que la décision soit reconsidérée.

Le Comité a noté une proposition du Comité scientifique sur l'Epidémiologie de l'Union internationale contre la Tuberculose, selon laquelle la confirmation bactériologique de la tuberculose devrait être présentée au niveau obligatoire à trois chiffres dans la Neuvième Révision. Cette proposition est en conformité avec la politique actuelle de l'OMS et avec les recommandations instantes du Comité OMS d'experts de la Tuberculose¹ selon lesquelles la maladie bactériologiquement confirmée doit être la base du diagnostic de tuberculose pulmonaire aux fins de la Classification internationale des Maladies. Le Comité d'experts a reconnu que cette information était extrêmement importante et qu'il faudrait encourager la confirmation bactériologique de la tuberculose, mais il a noté que cette information était rarement fournie dans la plupart des pièces (y compris les certificats de décès) que la CIM a pour fonction de classer. La confirmation du diagnostic est un problème qui s'applique à l'ensemble de la CIM et ne se limite pas aux sections portant sur la tuberculose. Ce type d'information est difficile à recueillir de façon uniforme, et sa signification dans les dossiers concernant la mortalité et les soins médicaux est souvent difficile à apprécier en raison d'incertitudes sur la relation temporelle entre la confirmation du diagnostic et l'événement à coder. Le Comité a donc considéré que la confirmation du diagnostic de tuberculose est une précision qu'il vaut mieux traiter en dehors de la classification proprement dite, et a fait siennes les recommandations du groupe d'étude de janvier 1973 selon lesquelles les méthodes de diagnostic de la tuberculose ne devraient pas être indiquées au niveau à trois chiffres dans la Neuvième Révision. Elles pourraient l'être en revanche au niveau à cinq chiffres, comme cela a été proposé.

L'OMS a été priée d'examiner s'il serait possible de grouper dans ce chapitre les maladies provoquées par les Chlamydiae et d'autres classes de micro-organismes nouvellement identifiées.

Chapitre II - Tumeurs

Les modifications proposées pour les tumeurs malignes étaient pour la plupart de nature mineure, la majorité des rubriques étant identique à celles de la Huitième Révision. De nouvelles sections ont été insérées pour les carcinomes in situ et pour des tumeurs bien caractérisées mais dont la nature bénigne ou maligne n'est pas bien définie. Les tumeurs bénignes avec fonction endocrine, antérieurement classées au chapitre III, ont maintenant des rubriques au chapitre II et il a été proposé que la fonction endocrine de toute tumeur soit codée comme une précision distincte.

Le Comité a noté qu'une "Adaptation de la CIM à l'oncologie" (CIM-O) sera publiée séparément par l'OMS en même temps que la Neuvième Révision, pour faire face à certains besoins particuliers en oncologie.

Pour aider à obtenir la meilleure continuité possible dans les statistiques sur les cancers entre la CIM-8 et la CIM-9, il a été convenu :

- i) qu'on pourrait permettre de laisser des blancs dans les subdivisions à 4 chiffres de certaines rubriques à trois chiffres (162.1, 171.1, 183.1, 187.0 et 194.2); et
- ii) qu'on pourrait utiliser une subdivision anatomiquement variable de la rubrique 153, consacrée aux tumeurs malignes du côlon.

On a proposé qu'un code morphologique (histologique) désignant le type de tumeur soit utilisé conjointement avec la classification essentiellement anatomique du chapitre II de la CIM, et soit publié comme annexe à la Neuvième Révision. Le Comité a recommandé que la forme exacte du code proposé reçoive une attention plus poussée.

¹ Org. mond. Santé Sér. Rapp. techn., 1964, N° 290; 1974, N° 552.

Chapitre III - Maladies endocriniennes de la nutrition et du métabolisme

Les propositions de révision concernant la section endocrinologique de ce chapitre portent sur l'adjonction de précisions supplémentaires au niveau à 4 chiffres, principalement pour permettre une meilleure classification de nombreux troubles nouvellement reconnus. Dans la section nutritionnelle, une modification de l'ordre a permis de faire davantage ressortir les divers types de malnutrition. Les troubles métaboliques ont été classés de façon plus détaillée et il a été proposé de supprimer la distinction entre les troubles précisés comme congénitaux et les autres (on pratique beaucoup de ces affections congénitales ne sont pas précisées comme telles). Il est proposé d'ajouter à la fin du chapitre une rubrique destinée à la classification des troubles mettant en jeu les mécanismes immunitaires, et de modifier en conséquence le titre du chapitre.

L'OMS a été priée de déterminer si le terme "oedème nutritionnel" présenté comme terme à inclure sous 260, Kwashiorkor, et le terme "oedème de famine" présenté comme terme à inclure sous 262, Malnutrition protéino-calorique sévère, pouvaient être distingués et définis séparément.

Chapitre IV - Maladies du sang et des organes hématopoïétiques

Les propositions de révision de ce chapitre permettent une précision plus grande et font une place aux affections nouvellement reconnues grâce à l'introduction de rubriques supplémentaires à quatre chiffres.

Chapitre V - Troubles mentaux

La mise au point de propositions pour la révision de ce chapitre faisait partie d'un projet OMS à long terme portant sur l'étude de la pratique internationale en matière de diagnostic et de terminologie des maladies mentales et des effets de cette pratique sur les statistiques. De nombreuses rubriques sont restées comparables à celles de la Huitième Révision mais on a procédé à des remaniements considérables et prévu de la place pour des notions différentes.

Le Comité a estimé que, comme dans les avant-projets, des glossaires descriptifs devraient accompagner la plupart des rubriques de ce chapitre, pour préciser le contenu souhaité de chaque rubrique, mais pas nécessairement pour définir de façon rigide la signification des termes diagnostiques.

Chapitre VI - Maladies du système nerveux et des organes des sens

Il est proposé que les sections de ce chapitre ayant trait aux maladies nerveuses et aux affections de l'oeil subissent une refonte importante pour permettre des groupements plus pratiques et une caractérisation plus précise des affections, à la lumière des connaissances actuelles.

Le Comité a accepté une demande du Conseil international d'Ophtalmologie, qui souhaite un remaniement du chiffrage des rubriques 360 à 379 dans l'avant-projet de ce chapitre, et a recommandé que la paralysie et d'autres effets tardifs des lésions cérébrales soient identifiés avec plus de précision.

Chapitre VII - Maladies de l'appareil circulatoire

Certains ajustements ont été proposés, mais la structure de base est restée semblable à celle de la Huitième Révision. La distinction entre hypertension maligne et bénigne ne serait faite désormais qu'au niveau du quatrième chiffre, pour tenir compte des doutes des cliniciens sur la signification de cette précision. Une section pour les maladies de la circulation pulmonaire a été introduite.

Chapitre VIII - Maladies de l'appareil respiratoire

Une révision et une restructuration assez considérables de ce chapitre ont été proposées pour fournir une disposition anatomique plus logique, pour permettre de grouper ensemble les maladies pulmonaires obstructives chroniques, pour donner une précision plus grande et pour faire plus de place à de nombreux troubles nouvellement reconnus.

Chapitre IX - Maladies de l'appareil digestif

Dans ce chapitre, la révision proposée a pris principalement la forme d'une augmentation du nombre des subdivisions à 4 chiffres, sans restructuration importante.

Le Comité d'experts a recommandé que les rubriques attribuées aux ulcères (531-534) soient subdivisées pour indiquer non seulement si l'ulcère est aigu, chronique ou sans précision, comme dans la proposition, mais également s'il y a des perforations, hémorragies ou les deux.

En raison du manque de place, le Comité a rejeté la proposition visant à classer les caries dentaires au niveau à trois chiffres, tout en reconnaissant cependant qu'elles étaient une cause importante de maladies.

Chapitre X - Maladies du système génito-urinaire

Une restructuration importante a été proposée pour les sections de ce chapitre consacrées aux maladies du rein et aux troubles des organes génitaux féminins, pour permettre la classification plus détaillée demandée par les cliniciens tout en conservant les possibilités d'application aux statistiques de mortalité.

Chapitre XI - Complications de la grossesse, de la naissance et des suites de couches

Ce chapitre fait l'objet d'une restructuration importante, pour permettre une précision considérablement accrue et un groupement plus approprié d'affections aux fins des statistiques de soins obstétricaux.

Le Comité d'experts a recommandé que les complications des divers types d'avortement soient indiquées au niveau du 4e chiffre et n'aient pas à être mises en évidence par un codage multiple comme il était proposé dans les avant-projets distribués.

On a fait observer que les rubriques consacrées aux affections maternelles non obstétricales compliquant le cours de la grossesse, de la naissance et des suites de couches n'étaient pas à leur place dans ce chapitre, et que leur inclusion modifierait la définition du "décès maternel". Le Comité lui-même a recommandé une définition du décès maternel (voir 6.3.4 et 10) qui englobe ces affections et en outre reconnaît qu'elles représentent des problèmes particuliers durant les soins de grossesse; il a donc considéré qu'il fallait prévoir des rubriques pour elles dans ce chapitre. Ces rubriques ne devraient pas être marquées d'un astérisque, les affections étant classables sous ces rubriques pour tous objectifs.

Chapitre XII - Maladies de la peau et du tissu sous-cutané

Une démultiplication supplémentaire considérable a été proposée dans ce chapitre.

Chapitre XIII - Maladies du système ostéomusculaire et des tissus conjonctifs

Un remaniement important de ce chapitre a été proposé, avec multiplication des subdivisions, pour permettre le groupement des troubles dorsaux et d'autres troubles communs d'une manière plus conforme à la pensée médicale actuelle, et pour faciliter la caractérisation dans ce chapitre de problèmes cliniques importants dont les causes sont classées ailleurs. Le Comité n'a pas cru devoir retenir la proposition d'intituler ce chapitre "Troubles de l'appareil locomoteur et du tissu conjonctif".

Le Comité a demandé au Secrétariat d'étudier la recommandation d'inclure un cinquième chiffre pour la localisation, complément jugé important par beaucoup de ceux qui avaient présenté des observations sur les projets.

Chapitre XIV - Anomalies congénitales

Ce chapitre a été considérablement modifié au moment de la Huitième Révision et il a été proposé de n'apporter qu'un certain nombre d'ajustements mineurs aux rubriques.

Plusieurs suggestions visant à détailler davantage les anomalies congénitales de l'appareil circulatoire, en particulier celles du coeur, ont été examinées. A cette fin, il a été convenu qu'une rubrique supplémentaire serait obtenue pour les anomalies de l'appareil circulatoire en classant les anomalies congénitales du système nerveux en trois rubriques à trois chiffres au lieu de quatre. Toutefois, l'anencéphalie et la spina bifida devraient toujours être classées au niveau à trois chiffres.

Chapitre XV - Affections débutant dans la période périnatale

La proposition de révision de ce chapitre apporte des modifications importantes : suppression de rubriques indiquant des associations d'affections maternelles et foetales ou infantiles, et expansion considérable des rubriques concernant les affections du foetus ou du nourrisson pour permettre une meilleure caractérisation de certaines affections récemment reconnues.

Le Secrétariat a été prié de rédiger une note explicative à introduire au commencement de ce chapitre pour définir clairement son contenu.

Le Comité a examiné une suggestion tendant à ce que les rubriques consacrées aux affections maternelles retentissant sur le foetus ou le nourrisson soient placées ailleurs, éventuellement dans le code E, mais il a recommandé de n'en rien faire. Malgré certaines objections contre l'inclusion dans ce chapitre d'une rubrique intéressant diverses affections propres à la période périnatale, le Comité a recommandé que la rubrique soit maintenue comme dans l'avant-projet mis en circulation.

Chapitre XVI - Signes, symptômes et états morbides mal définis

Les propositions qui ont été distribuées prévoient pour ce chapitre une large révision permettant une plus grande précision dans la classification des signes et symptômes; une place est également réservée à certains signes anormaux constatés à l'examen et qui pourraient être signalés au lieu d'un vrai diagnostic dans des archives médicales. Certains autres états qui figuraient dans ce chapitre dans la Huitième Révision et qui semblent maintenant susceptibles d'orienter vers un diagnostic précis ont été renvoyés aux chapitres correspondants.

D'après une observation reçue, tous les symptômes devraient être rassemblés dans ce chapitre, mais le Comité d'experts a noté que la place était insuffisante et a estimé que les symptômes qui étaient déjà classés dans d'autres chapitres, ou faisaient l'objet d'une proposition en ce sens, s'y trouvaient mieux situés.

Chapitre XVII - Accidents, empoisonnements et traumatismes

Les propositions distribuées préconisent un certain réaménagement des rubriques de ce chapitre pour permettre plus de détails, et en particulier pour une classification précise des lésions des vaisseaux sanguins, des traumatismes avec écrasement et des traumatismes des nerfs, qui étaient difficiles à classer dans la Huitième Révision.

Le Comité d'experts a recommandé que la rubrique "traumatismes sans précision" soit déplacée de 996 à 959, qui est disponible, et où elle se trouverait mieux placée.

On a convenu qu'en ce qui concerne l'empoisonnement par médicaments (surdosage, médicament pris par erreur, etc.) il est préférable de classer les rubriques selon le genre de médicaments ayant causé l'empoisonnement. Le Comité a recommandé que la classification des effets adverses d'accidents ou de complications survenus au cours d'actes médicaux ou chirurgicaux soit élargie et a demandé au Secrétariat de développer cette recommandation dans les propositions définitives.

Code E - Classification supplémentaire des traumatismes et empoisonnements (causes extérieures)

Les propositions de révision de ce code n'ont guère modifié la structure fondamentale de la Huitième Révision, mais une classification plus détaillée a été introduite dans de nombreux domaines et le groupement des accidents causés par des machines a été amélioré. Le Comité a pris note des observations reçues sur la proposition de révision qui estimait difficile de produire des statistiques pour tous les accidents survenus au domicile, à la ferme ou en faisant du sport, et a pris connaissance d'une proposition de réaménagement, mieux adaptée semble-t-il, à toutes ces exigences. Le Secrétariat a été prié d'étudier cette suggestion et, le cas échéant, de développer davantage l'autre proposition.

En ce qui concerne les effets des médicaments, le chiffrage utilisé pour le code E devrait permettre de distinguer l'administration en doses thérapeutiques de l'empoisonnement accidentel, du suicide, de l'homicide, etc.

Le Comité a recommandé que, dans la Neuvième Révision, le code E soit utilisé pour indiquer la cause extérieure de certaines affections classées dans les chapitres I à XVI de la Classification, c'est-à-dire les effets adverses des médicaments administrés à doses thérapeutiques et les effets localisés ou à long terme des substances toxiques.

Le code E constitue une classification supplémentaire aux fins des statistiques de mortalité et doit être considéré comme tel; toutefois, il convient d'en faire usage dans les rubriques des chapitres I à XVII qui le justifient et étaient jusqu'à présent désignées par un code unique.

4. CLASSIFICATIONS SUPPLEMENTAIRES

L'OMS a été sollicitée d'examiner davantage les titres de ces codes et les préfixes alphabétiques - en songeant particulièrement aux problèmes de traduction.

4.1 Code I - Classification des insuffisances fonctionnelles et des infirmités

L'avant-projet de classification utilisait un code à trois chiffres, dont deux significatifs, et couvrait les insuffisances fonctionnelles des organes internes, les infirmités des membres et des organes des sens avec les déficiences qui leur sont associées.

Le Comité, ayant approuvé les travaux effectués pour la mise au point de ce nouveau code, a noté qu'il devrait être quelque peu remanié pour tenir compte des observations formulées et a recommandé qu'une fois bien au point, il soit publié dans la Neuvième Révision de la CIM à titre de code supplémentaire.

4.2 Code H - Classification des handicaps

L'avant-projet correspondant consistait en un système de codage permettant de repérer 8 caractéristiques d'un handicap donné désignée chacune par un chiffre unique, utilisable selon le cas soit seul soit en combinaison, en fonction des besoins des usagers. Le travail effectué sur ce code a été également approuvé et le Comité a recommandé qu'il soit aussi publié à part dans la Neuvième Révision de la CIM, lorsqu'il aura été définitivement mis au point.

4.3 Code M - Classification de la morphologie des tumeurs

Il est recommandé que le code relatif à la morphologie (histologie) des tumeurs, et correspondant au chapitre II de la classification principale, soit publié dans la Neuvième Révision, à titre de code supplémentaire.

4.4 Code des symptômes et troubles subjectifs

Le Comité a prié l'Unité ICD de continuer ses travaux sur la mise au point d'un code destiné à classer les symptômes et les troubles subjectifs, mais il a reconnu que ce code ne serait pas prêt à temps pour être publié dans la neuvième édition de la CIM. Le Comité a tout de même demandé qu'ICD prépare un projet complet de ce code qui, éventuellement, pourra être publié séparément.

4.5 Code V - Classification d'autres motifs de recours aux services de santé

Ce code a été mis au point à partir de l'ancien code Y, et est destiné à la classification de "diagnostics" qui ne correspondent pas à des maladies et ne sont pas classables dans la partie principale de la CIM. On a noté que certaines des rubriques, en l'occurrence celles des dernières parties, peuvent être utilisées uniquement en complément à un autre "diagnostic", alors que les premières rubriques peuvent l'être soit lorsqu'aucun diagnostic classique utilisant la partie principale de la CIM n'a été indiqué, soit pour donner des renseignements supplémentaires lorsqu'on procède à un codage multiple.

Le Comité a approuvé le travail effectué sur ce code et a recommandé qu'il soit publié comme code supplémentaire dans la Neuvième Révision.

4.6 Classification des opérations chirurgicales et autres actes et interventions

Le Comité s'est loué du travail réalisé sur ces projets de code, aboutissement d'une entreprise internationale, mais autant que possible compatibles avec les codes déjà largement utilisés dans plusieurs pays. L'OMS a été priée d'examiner le titre des codes, et d'en choisir un qui traduise au mieux leur but et leur teneur.

Dans la classification chirurgicale, le Comité a demandé à l'OMS d'ajouter des détails relatifs à certains types d'opérations chirurgicales. Pour ménager la place nécessaire à cet effet, il a été suggéré d'omettre la section finale de cette classification, où figure une classification résumée des actes non chirurgicaux, désormais superflue puisqu'il est prévu d'effectuer un classement détaillé de ces actes.

4.7 Publication de classifications supplémentaires

Les classifications supplémentaires sous forme de liste analytique, les index alphabétiques, et la partie principale de la CIM seraient trop volumineux pour tenir en deux volumes. Le Comité a donc recommandé que les codes E, V et M soient inclus dans les volumes principaux, et que les classifications supplémentaires restantes soient publiées séparément dès qu'elles seront tout à fait au point et auront reçu une large approbation.

Le système CIM qui consiste à réserver les chiffres finals 8 et 9 pour "autres" et "sans précision", devrait également être utilisé dans chacune des classifications supplémentaires afin que les usagers puissent les étendre en subdivisant les rubriques "autres".

5. LISTES POUR LA MISE EN TABLEAUX DES STATISTIQUES DE MORTALITE ET DE MORBIDITE

5.1 Forme générale

Au cours de sa réunion de 1973, le groupe d'étude sur la classification des maladies a approuvé l'esprit d'une recommandation visant à modifier la structure des "listes de sélection" pour divers classements. Les traits principaux du système proposé étaient les suivants :

- i) les groupes restants ("autres maladies de ...") seraient remplacés par des totaux partiels pour la section concernée, certaines affections d'intérêt ou d'importance particuliers étant seules mises en lumière;
- ii) il y aurait un minimum à respecter dans la notification, mais les utilisateurs seraient libres d'inclure toute question supplémentaire qui pourrait être jugée importante dans une région ou une situation données;
- iii) le système évitait qu'un article d'une liste de sélection donnée soit affecté d'un chiffre différent dans chaque table ou que plusieurs articles de titre voisin ou identique n'aient pas la même teneur selon la table analytique dans laquelle ils se trouvent - deux inconvénients que l'on rencontre avec les tables A, B, C et D actuelles.

Le Comité d'experts a fait siennes les recommandations ci-dessus.

Il n'a pas semblé nécessaire qu'aux deux systèmes (croix et astérisque) de classification proposés pour la Neuvième Révision correspondent des tables analytiques distinctes car l'un et l'autre utilisent essentiellement la même classification au stade des trois premiers chiffres. Il importe cependant que les utilisateurs indiquent clairement le système qui a été utilisé lors de la publication des données, car les fréquences de certaines rubriques varient considérablement selon que le classement général des données a été effectué d'après l'étiologie ou d'après la manifestation.

5.2 Liste minimale à deux chiffres pour la publication des statistiques internationales de mortalité et de morbidité

Le Comité a estimé que cette liste devait se limiter à environ 50 rubriques et être préparée sous la forme générale recommandée ci-dessus, chaque maladie quarantenaire étant néanmoins indiquée séparément. Il a proposé qu'à cet effet, le Secrétariat consulte les services intéressés de l'OMS, la Division de Statistique des Nations Unies et l'OPS. Les membres du Comité ont été invités à envoyer au Secrétariat leurs suggestions personnelles concernant les rubriques à inclure dans cette liste.

Cette liste minimale à deux chiffres devrait constituer le minimum obligatoire pour toutes les notifications internationales de statistiques de morbidité et de mortalité.

5.3 Liste à trois chiffres pour la mise en tableaux

Il a été pris note des travaux déjà effectués dans ce domaine et le Comité a proposé que le Secrétariat consulte les services spécialisés de l'OMS pour la rédaction du projet définitif.

5.4 Listes pour la mise en tableaux des maladies et affections jouant le rôle de "signal d'alarme"

Le Comité a noté que certains pays en voie de développement avaient demandé des listes de sélection appropriées pour ces maladies. Dans les cas où l'on ne dispose pas de statistiques sanitaires complètes et fiables, quelques affections facilement reconnaissables pourraient

constituer des indices de grande valeur pour l'appréciation des problèmes de santé publique et de développement socio-économique. Cependant, ces listes de maladies n'ayant guère qu'un intérêt local très limité, le Comité a été d'avis que le Secrétariat consulte sur ce point les unités de l'OMS s'occupant de planification sanitaire ainsi que les bureaux régionaux.

6. AUTRES QUESTIONS EN RAPPORT AVEC L'USAGE DE LA CIM

6.1 Analyse des affections multiples

Lorsque le certificat de décès ou le dossier d'un malade indique la présence de plusieurs affections que l'on se propose de classer et d'analyser, il importe d'établir au préalable un ensemble de règles de classement. Le Comité a recommandé une méthode et quatre règles qui sont essentiellement celles qui ont été retenues lors d'une consultation OMS en 1969 et ont été essayées sur la Huitième Révision.

Méthode

- i) Lorsque le codage porte à la fois sur des causes uniques et des causes multiples ("cause initiale" pour la mortalité ou "affection principale traitée" pour la morbidité) on commencera par la cause unique, puis toutes les autres causes signalées (notamment la cause unique précédemment classée) seront enregistrées conformément aux règles données plus loin.
- ii) Dans certains cas, les utilisateurs peuvent souhaiter donner certaines précisions concernant la disposition des termes sur le certificat ou l'extrait, ou indiquer quels sont leurs rapports.
- iii) L'objectif est de classer tous les états pathologiques signalés, mais s'il existe des limites pratiques quant au nombre d'affections susceptibles de l'être, on s'efforcera tout de même d'en indiquer suffisamment pour extraire la totalité de l'information contenue dans la majorité (disons 95 %) des rapports. Si le nombre des affections dépasse les possibilités de classement, se reporter à la quatrième règle.

Première règle

Classer les affections en utilisant les rubriques et sous-rubriques à quatre chiffres de la CIM telles qu'elles sont définies par la Table analytique et l'Index alphabétique, sans toutefois tenir compte des relations existant dans les notes relatives au classement des causes initiales de mortalité.

Si l'index alphabétique donne deux codes pour la même maladie, les utiliser tous les deux.

Aucun numéro de classement ne doit être utilisé deux fois.

Classer les affections dans l'ordre où elles se présentent sur le certificat ou l'extrait.

Pour les codes E, les codes V, etc., indiquer le préfixe d'une manière appropriée.

Deuxième règle

Le certificateur utilise parfois un terme général pour décrire une affection et la définit ensuite d'une manière plus précise. Dans ce cas, inscrire le terme précis et laisser de côté le terme général. (Les critères dans ce domaine sont ceux de la huitième règle (Précisions) pour le choix de la cause initiale d'après le certificat de décès.)

Troisième règle

Si une intervention chirurgicale figure parmi les diagnostics, ne pas classer cette intervention mais l'affection pour laquelle elle a été effectuée. Si cette affection n'est pas mentionnée, utiliser le code de l'affection pour laquelle l'opération est habituellement effectuée, ou en cas de doute, la rubrique relative à l'organe ou l'emplacement anatomique indiqué par le nom de l'opération. Si aucune localisation n'est indiquée, inscrire 799.8.

Quatrième règle

S'il y a trop d'affections à classer (voir l. iii) ci-dessus), procéder de la manière suivante :

- a) accorder la priorité dans le classement :
 - i) à l'affection ou aux affections choisies pour l'analyse de la cause unique (cause initiale ou affection principale traitée);
 - ii) aux affections coexistantes et sans rapport avec l'affection i);
 - iii) aux affections liées à i) et parmi celles-ci, à celles qui sont les plus rapprochées dans le temps de i);
- b) si plusieurs malformations congénitales sont mentionnées, donner la priorité au premier code le plus spécifique de chaque groupe anatomique;
- c) si plusieurs blessures sont mentionnées, donner la priorité dans l'ordre : cerveau ou crâne, colonne vertébrale, organes internes ou tronc, autres fractures, autres blessures. Dans les cas extrêmes, classer sous "fractures multiples", "plaies multiples" etc., dans un but d'allègement.
- d) donner l'ordre de priorité le plus bas aux affections non spécifiques telles que "défaillance respiratoire", "défaillance cardiaque", "grossesses multiples" - ou en ce qui concerne un nourrisson aux termes "immaturité", "post-maturité", "macération".

6.2 Choix de la cause ou du problème uniques dans les dossiers de soins médicaux

Pour ce choix effectué en vue d'établir des statistiques et des tableaux sur les soins hospitaliers et autres, le Comité a recommandé de procéder comme suit : le praticien responsable ou tout autre membre qualifié de l'équipe sanitaire déterminera "le principal problème ou affection traité ou étudié (pendant la période considérée de traitement hospitalier ou autre)".

6.3 Méthodologie des statistiques sanitaires appliquées aux événements périnataux

6.3.1 Un groupe scientifique s'est réuni à Genève en avril 1974 pour étudier cette question.

6.3.2 Le Comité d'experts

A PRIS NOTE du rapport¹ du groupe scientifique;

REMERCIÉ le groupe de son précieux travail;

APPROUVE les recommandations du groupe concernant les définitions, la terminologie et la forme des tableaux statistiques pour la période périnatale, ainsi que la formule de certificat spécial relatif aux causes de décès périnatal et son mode d'utilisation;

A PRIS NOTE avec certaines réserves des recommandations du groupe concernant le choix d'une cause initiale unique pour les statistiques de mortalité parmi les causes indiquées sur le nouveau certificat de cause de décès périnatal proposé;

A PRIS NOTE avec certaines réserves des recommandations concernant les taux de mortalité maternelle ainsi que les définitions et la classification correspondantes.

¹ Document ICD/PE/74.4.

6.3.3 En ce qui concerne les propositions relatives à la définition de la mort maternelle et des taux correspondants, le Comité d'experts a admis qu'il pourrait être souhaitable à certaines fins d'examiner tous les décès féminins survenus au cours de la grossesse, de l'accouchement et des suites de couches, mais il a considéré que la définition de la mort maternelle ne pouvait englober les décès ayant une cause accidentelle ou fortuite sans relation avec la grossesse ou les soins qu'elle a motivés (définis par le groupe scientifique comme "morts de cause non obstétricale"). En effet, il serait impossible d'identifier tous ces décès. Le Comité a donc proposé de définir la mort maternelle comme due à une cause obstétricale directe ou indirecte.

6.3.4 Toutes les recommandations du groupe scientifique, amendées selon les indications des paragraphes 6.3.2 et 6.3.3, figurent à l'annexe I du présent rapport.

6.4 Règles à suivre pour le choix de la cause de décès à faire figurer dans les tableaux de base

Le Comité a recommandé d'ajouter une nouvelle règle de modification aux onze règles figurant à la page 439 du volume 1 de la Huitième Révision (version française). Voir l'annexe II pour les exemples de classement selon cette nouvelle règle.

Règle 12 - Complications et accidents résultant des soins médicaux

Lorsque la cause initiale choisie a entraîné un traitement ou une intervention chirurgicale et que l'enchaînement de circonstances rapporté dans la partie I indique précisément que le décès provient d'une complication ou d'un accident pendant le traitement ou l'opération, ou encore d'une réaction anormale à cette thérapeutique, on classera celle-ci en considérant que l'enchaînement des événements aboutissant à la mort débute au moment où le patient a réagi d'une manière anormale ou au moment où quelque chose d'inattendu s'est produit. Ne pas tenir compte des accidents survenant pendant les tentatives de réanimation.

6.5 Formation à l'emploi de la CIM

6.5.1 Le Comité a pris connaissance des propositions de l'OMS concernant la manière d'apprendre aux préposés au classement et autres personnels à utiliser la Neuvième Révision de la CIM et ses classifications complémentaires, et à en exploiter les possibilités. Deux niveaux de formation sont envisagés : le premier concerne l'exploitation des données fournies par la classification et le second, la collecte, le codage et le traitement de ces données.

6.5.2 Il a été proposé de tenir une réunion préparatoire au Siège fin 1975 ou début 1976 pour élaborer dans le détail le programme des cours et fixer des méthodes d'enseignement.

6.5.3 Des ensembles normalisés de matériel pédagogique seraient préparés et disponibles dans les quatre langues de travail de l'OMS. L'organisation envisage de faire appel à des méthodes audio-visuelles de pointe. Le Comité a prié l'OMS d'étudier la possibilité de préparer des manuels d'enseignement programmé qui serviraient aussi pour la formation individuelle en dehors des cours officiels.

6.5.4 Les cours de formation proposés, d'une semaine au niveau le plus élevé et de deux semaines à l'autre niveau, s'étendraient sur dix-huit mois en 1976 et 1977 et seraient organisés dans les langues appropriées en coopération avec les bureaux régionaux et les Centres pour le Classement des Maladies.

6.5.5 Le Comité d'experts

A ACCUEILLI FAVORABLEMENT et APPROUVE les propositions formulées; il a RECOMMANDE QUE L'OMS PRENNE DES DISPOSITIONS POUR

- tenir, au Siège de l'Organisation, une réunion préparatoire sur la formation,
- rassembler le matériel éducatif à utiliser dans les cours de formation proposés, et
- fournir des consultants qui participeront à l'enseignement.

6.6 Autres systèmes de classification et de nomenclature, et leurs relations avec la CIM

Les membres du Comité, ayant noté que d'autres systèmes étaient utilisés pour le classement de certains soins et dossiers médicaux, ont estimé qu'il serait souhaitable d'étudier leurs relations avec la CIM.

6.7 Aide à la préparation de l'Index alphabétique pour les diverses versions nationales de la CIM

Tout en préparant les Index alphabétiques pour la Neuvième Révision en anglais et en français, l'OMS enregistrera sur bandes d'ordinateur, des indications sur la manière dont chaque terme figurant dans les Index de la Huitième Révision a été traité (reclassé, abandonné, rectifié, etc.) ainsi qu'une liste des nouveaux termes qui ont été ajoutés. Des copies de ces bandes peuvent être fournies à tous ceux qu'elles pourraient intéresser pour préparer un index alphabétique dans d'autres langues.

7. DIXIEME REVISION

7.1 Portée et teneur

Le Comité partage l'opinion du Secrétariat qui estime que la CIM devrait être étendue à tous les domaines touchant la santé, la réadaptation et l'hygiène du milieu, et ne pas se borner aux seuls soins médicaux. La nécessité d'une meilleure classification des aspects sociaux de la santé se fait particulièrement sentir sur le plan tant de l'étiologie que des manifestations.

7.2 Programme

Il y aurait grand avantage à commencer les travaux sur ces classifications dans un avenir proche en évitant de les lier à la révision traditionnelle de la CIM qui s'effectue tous les dix ans. D'où la possibilité de réviser aussi le corps principal de la CIM soit par roulement soit d'une façon continue.

7.3 Essais

La manière la plus faible pour préparer de nouvelles méthodes de classification étant de procéder à des essais, le Comité a considéré que l'on devrait accorder plus de place à ces essais lors de la mise au point de la Dixième Révision.

7.4 Structures

Le Comité a recommandé que l'OMS envisage de séparer les systèmes de codage et de mise en tableaux, les chiffres de codage étant éventuellement attribués au hasard aux affections classées.

DEFINITIONS, TERMINOLOGIE ET PRESENTATION RECOMMANDEES POUR LES TABLEAUX STATISTIQUES
CONCERNANT LA PERIODE PERINATALE - USAGE DU CERTIFICAT RELATIF AUX CAUSES DE DECES PERINATAL

1. Il est recommandé de respecter les limites suivantes pour l'inclusion des naissances et des décès périnataux dans les statistiques.

1.1 Déclarer tous foetus ou nouveau-nés vivants ou non, pesant à la naissance au moins 500 g, en vue de les inclure dans les statistiques nationales. On admet que dans de nombreux pays, la législation puisse fixer différents critères d'enregistrement, mais on compte que les divers pays adopteront des procédés d'enregistrement ou de déclaration tels que les événements à inclure dans les statistiques puissent être facilement identifiés.

1.2 Les statistiques de mortalité présentées en vue d'une comparaison internationale ne comporteront que des enfants pesant au moins 1000 g à la naissance.

2. Définitions

Les définitions suivantes sont recommandées pour les statistiques périnatales.

2.1 Poids à la naissance

Résultat de la première pesée du foetus 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.

2.2 Poids faible à la naissance

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

2.3 Age gestationnel

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

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

2.4 Période périnatale

La période périnatale est celle qui s'étend de l'âge gestationnel auquel le foetus atteint le poids de 1000 g (correspondant à 28 semaines de gestation), jusqu'à la fin du septième jour de vie résolu (168 heures).

2.5 Avant terme

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

2.6 A terme

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

2.7 Après terme

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

2.8 Naissance

Expulsion ou extraction complète d'un fœtus du corps de la mère, que le cordon ombilical ait été coupé ou non et que le placenta soit ou non demeuré attaché. Un fœtus de moins de 500 g n'est pas viable et n'est donc pas considéré comme une naissance pour les statistiques périnatales. Lorsque le poids à la naissance n'a pas été déterminé, on considère qu'un âge gestationnel de 22 semaines correspond à un poids de 500 g. Lorsqu'on ne connaît ni le poids ni l'âge gestationnel, on admet qu'une taille de 25 cm (distance vertex-calcanéum) correspond à un poids de 500 g.

2.9 Signos de vie à la naissance

On considère que l'enfant vit s'il respire ou s'il manifeste des signes tels que battements du cœur, pulsations du cordon ombilical ou contractions effectives des muscles soumis à l'action de la volonté.

2.10 Naissance vivante

Processus dans lequel des signes de vie sont observés au moment de la naissance ou après la naissance.

2.11 Enfant né vivant

Produit d'une naissance vivante.

2.12 Mortinaissance

Processus dans lequel aucun signe de vie n'est observé à la naissance ou après la naissance. Pour calculer les taux de mortalité périnatale (6.3), seuls les enfants mort-nés d'un poids minimal de 1000 g sont pris en considération.

2.13 Enfant mort-né

Produit d'une mortinaissance.

2.14 Décès néonatal précoce

Mort d'un enfant né vivant au cours des sept premiers jours (168 heures) de la vie.

2.15 Décès néonatal tardif

Mort d'un enfant né vivant, après sept jours entiers, mais avant 28 jours révolus de vie.

3. Calcul des taux de mortalité (pour les détails, voir les sections 4-6 (ci-dessous))

3.1 Taux de mortinatalité

Nombre d'enfants mort-nés pour 1000 naissances totales (mortinaissances plus naissances vivantes) pour une période déterminée.

3.2 Taux de mortalité néonatale précoce

Nombre de décès néonataux précoces pour 1000 naissances vivantes sur une période déterminée.

3.3 Taux de mortalité périnatale

Nombre de mortinaissances et de décès néonataux précoces pour 1000 naissances totales (mortinaissances plus naissances vivantes) sur une période déterminée.

3.4 Le calcul de ces taux destinés à permettre des comparaisons entre pays ne tient compte que des naissances d'enfants pesant au moins 1000 g. Si le poids à la naissance d'un foetus ou d'un nouveau-né est inconnu, tenir pour équivalent à un poids de 1000 g un âge gestationnel de 28 semaines. Si l'on ignore aussi bien le poids à la naissance que l'âge gestationnel, admettre qu'une taille (distance vertex-calcanéum) de 35 cm à la naissance correspond à un poids de naissance de 1000 g.

4. Recommandations pour l'établissement de tableaux statistiques minimaux uniformes

Dans un avenir prévisible, les statistiques de mortalité pour nouveau-nés devraient être limitées aux enfants pesant 1000 g et au-delà; elles sont destinées à fournir des renseignements comparables pour tous les pays. Elles doivent également fournir des données minimales pour les pays qui ne sont pas en mesure de produire actuellement une analyse plus détaillée. Il est recommandé que tous les pays réunissent le plus tôt possible les statistiques minimales uniformes suivantes.

4.1 Taux de mortalité périnatale

$$\frac{\text{Enfants mort-nés de poids } \geq 1000 \text{ g} + \text{décès néonataux précoces d'enfants de poids } \geq 1000 \text{ g}}{\text{Enfants mort-nés de 1000 g ou plus} + \text{enfants nés vivants de 1000 g ou plus}} \times 1000$$
4.2 Taux de mortalité néonatale précoce

$$\frac{\text{Décès néonataux précoces d'enfants de 1000 g ou plus à la naissance}}{\text{Enfants nés vivants de 1000 g ou plus}} \times 1000$$
4.3 Taux de mortinatalité

$$\frac{\text{Enfants mort-nés de 1000 g ou plus}}{\text{Enfants mort-nés de 1000 g ou plus} + \text{enfants nés vivants de 1000 g ou plus}} \times 1000$$
5. 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 aisées.

En cas de besoin, il convient de fournir des tableaux détaillés en rapport avec le nombre total de naissances indiquant séparément les enfants mort-nés, ceux qui, nés vivants, sont morts au cours des sept premiers jours et enfin ceux qui dépassent ce délai.

5.1 Selon le poids à la naissance par tranche de poids de 500 g, c'est-à-dire 1000-1499 g, 1500-1999 g, etc.

- 5.2 Selon l'âge gestationnel¹
- moins de 28 semaines (moins de 154 jours)
 - 28-31 semaines (196-223 jours)
 - 32-36 semaines (224-258 jours)
 - 37-41 semaines (259-293 jours)
 - 42 semaines (ou 294 jours) et au-delà
(en semaines ou jours révolus respectivement)

5.3 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 37 semaines) ainsi que les pourcentages correspondants. Si l'un des tableaux comporte une analyse plus détaillée, les renseignements doivent pouvoir être rassemblés dans les catégories ci-dessus.

6. Statistiques de mortalité

Les statistiques de mortalité sont à présenter selon différents groupes d'enfants, en utilisant les définitions des taux donnés ci-dessus.

- 6.1 Taux de mortinatalité et de décès périnataux - tous les enfants de 1000 g ou plus
- tous les enfants de 1000 g ou plus par tranches de 500 g
 - enfants de 1000-2499 g
 - enfants de 2500-3999 g
 - enfants de 4000 g ou plus
 - groupes selon l'âge gestationnel
- 6.2 Taux de décès néonataux précoces - tous les enfants nés vivants de 1000 g ou plus par tranches de 500 g
- enfants de 1000-2499 g
 - enfants de 2500-3999 g
 - enfants de 4000 g ou plus
 - groupes selon l'âge gestationnel
 - âge au décès

¹ Durée de la gestation mesurée à partir du premier jour de la dernière menstruation normale. L'âge gestationnel s'exprime en jours ou semaines révolus (par exemple, on considère que se sont produits à 40 semaines de gestation les événements survenus 280 à 286 jours après le début des dernières règles).

7. Causes du décès

Les statistiques de mortalité (nombre et taux) doivent être présentées conformément à la liste correspondante de la CIM, séparément pour les mortinaissances, les décès néonataux précoces, et les décès périnataux. Elles doivent être fournies pour tous les nouveau-nés de 1000 g ou plus ainsi que pour les sous-groupes pertinents de poids, d'âge gestationnel et d'âge au décès.

8. Autres variables

Chaque fois que cela sera possible, présenter les statistiques de naissance et de décès périnataux de manière à montrer leurs rapports avec d'autres facteurs, tels que la région, les caractéristiques maternelles (parité, état de santé, âge, instruction), le groupe socio-économique, ethnique et culturel.

9. Mort précoce avant la naissance

Chaque fois que possible, les tableaux statistiques ci-dessus seront également produits séparément, pour le groupe d'enfants de 500-999 g à la naissance, en utilisant les dénominateurs correspondants réservés aux nouveau-nés de 500-999 g.

10. Mortalité maternelle

10.1 Définition : Décès de toute 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.

10.2 La mort maternelle se répartit en :

10.2.1 Décès par cause obstétricale directe : c'est celui qui résulte de complications obstétricales (grossesse, travail et suites de couches), d'interventions, d'omissions, de traitement incorrect ou d'un enchaînement d'événements résultant de l'un quelconque des facteurs ci-dessus.

10.2.2 Décès par cause obstétricale indirecte : c'est celui qui résulte d'une maladie préexistante 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 gravidité.

10.3 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 par 1000 naissances totales, c'est-à-dire des naissances vivantes ou non d'enfants accusant un poids de naissance d'au moins 1000 g.

11. Utilisation d'un certificat spécial de cause de décès périnatal

11.1 Les participants ont approuvé les conclusions du groupe, à savoir qu'un modèle spécial soit adopté, qui exposera de la manière suivante les causes de décès périnataux :

- a) principales maladies ou affections du foetus ou de l'enfant;
- b) autres maladies ou affections du foetus ou de l'enfant;
- c) principales maladies ou affections maternelles influant sur le foetus ou l'enfant;

- d) autres maladies ou affections maternelles influant sur le foetus ou l'enfant;
- c) autres circonstances pertinentes.

11.2 En outre, les points suivants ont été jugés indispensables dans tout certificat médical portant sur les causes de décès périnatal :

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

11.3 Si les renseignements supplémentaires à recueillir lors du décès ou de la mortinaissance peuvent varier selon les vœux de chaque pays, il est recommandé de s'appliquer à réunir les données minimales suivantes :

Mère :

Date de naissance

Antécédents :

Nombre de grossesses antérieures : enfants vivants/enfants mort-nés/avortements

Issue de la dernière grossesse précédente : enfant vivant/enfant mort-né/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, en présentation du sommet

Précisez toute autre modalité

Enfant :

Poids à la naissance : en grammes

Sexe : garçon/fille/indéterminé

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

En cas de mortinaissance, le décès est survenu : avant le travail/au cours du travail/
réponse inconnue

11.4 Il est recommandé de réunir systématiquement ces données pour toutes les naissances (mort-nés comme enfants vivants) de sorte que l'on puisse disposer de dénominateurs permettant de calculer des taux valables de décès pendant la période périnatale.

11.5 On trouvera ci-joint un modèle recommandé de certificat médical des causes de décès périnatals, comprenant les renseignements complémentaires.

11.6 Des problèmes se posent pour la mise en service d'un même type de certificat que les enfants soient vivants ou mort-nés dans les pays où l'état civil impose pour l'enregistrement des normes différentes dans ces deux cas. On pourrait trouver alors une solution sous forme de certificat distinct pour les mortinaissances et les décès néonataux précoces, chacun d'eux comportant toutefois la formule recommandée pour les causes.

11.7 D'autres facteurs, qui pourraient aussi trouver leur place dans le certificat de base, ont trait à des détails se rapportant à la personne qui a donné ses soins au moment de la naissance : médecin/sage-femme qualifiée/autre personne qualifiée (à préciser)/autres (à préciser).

CERTIFICAT RELATIF AUX CAUSES DE DECES PERINATAL

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

(Renseignements permettant l'identification)

 Cet enfant est né vivant le à heures
 est mort le à heures

 Cet enfant est mort-né le à heures
Le décès est survenu avant le travail pendant le travail réponse inconnue

Mère

Enfant

Date de naissance
ou, si elle est
inconnue, âge (en
années)Premier jour des dernières
règles ou, s'il est inconnu,
durée estimée de la grossesse
(semaines complètes)

Poids à la naissance grammes

Sexe : garçon fille indéterminé Naissance unique Premier jumeau Deuxième jumeau Autre naissance multiple

Nombre de grossesses :

Visites prénatales (deux ou plus)

Antérieures

Oui

Naissances vivantes

Non

Mortinaissances

Inconnues

Avortements

Personne ayant donné ses soins au moment de la naissance

Médecin Sage-femme qualifiée

Autre personne qualifiée (à préciser)

Autre (préciser)

Issue de la dernière grossesse :

Naissance vivante

Accouchement :

Mortinaissance

Normal spontané en présentation
du sommet

Avortement

Date

Autre (à 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 Les constatations de l'autopsie pourront être communiquées ultérieurement Pas d'autopsie

Je certifie

.....

.....

Signature et qualification

CLASSEMENT DE LA CAUSE INITIALE SELON LA RÈGLE 12 - EXEMPLES

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

Classer sous anémie aplasique et effets aderses du traitement par la butazolidine (correctement administrée). L'arthrite, choisie selon la règle générale, est éliminée en faveur des effets aderses 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 aderses 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 Leucémie myéloïde chronique
 - II Thrombocytopénie due au traitement par le mitobronitol

Classer sous leucémie myéloïde chronique; les effets du traitement ne jouent qu'un rôle accessoire et ne figurent pas dans la première partie.

- 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'halotane (administré normalement). La lithiase biliaire choisie selon la règle 3 est éliminée en faveur des conséquences fâcheuses de l'opération.

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

11.8 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 prendre leurs propres dispositions en conséquence, selon les conditions locales.

11.9 Précision du certificat

11.9.1 Préciser avec le maximum d'exactitude la cause de la mort est de l'intérêt de tous les pays. Cette détermination étiologique minutieuse est, dans le cas des décès en période périnatale, considérablement renforcée lorsque des constatations anatomopathologiques, tant microscopiques que macroscopiques, sont confrontées à la faveur d'une autopsie avec les données cliniques. On a émis l'espoir que le nombre des décès périnataux contrôlés de cette façon détaillée augmentera de manière considérable.

11.9.2 Il est important d'inclure dans le certificat de décès périnatal une mention permettant de savoir si l'on peut s'attendre ou non à trouver ultérieurement des renseignements complémentaires sur le décès en cause. Les organismes centraux de classification devront réunir de telles données autant que faire se peut et fournir aux certificateurs l'occasion de donner à nouveau leur avis sur les causes de décès, en prenant en considération les renseignements supplémentaires tirés de l'autopsie et les constatations faites en revoyant les cas de décès périnataux. Ainsi, a-t-on trouvé un moyen commode de répondre aux besoins de précision lorsque le certificat original doit être rédigé immédiatement après le décès.

11.9.3 Afin de réduire le nombre de certificats mal remplis et à retourner à leur auteur, il importe de concevoir une formule à la fois claire, concise et réservant néanmoins une place suffisante pour des commentaires. Il est indispensable de donner des directives pratiques et des exemples vécus. Enfin, il serait bon de s'appliquer à améliorer l'état d'esprit des personnes chargées de délivrer les certificats en leur fournissant les moyens de se perfectionner et en leur répercutant les données utiles.

11.10 Mise en tableau des causes de décès périnatal

11.10.1 Les divers pays sont incités à mettre en route l'analyse approfondie des causes multiples de décès périnatal consignées dans les nouveaux modèles de certificats recommandés, c'est-à-dire les causes figurant dans l'une ou l'autre des sections a-d, seules ou en combinaison.

11.10.2 Les moyens nécessaires au codage et à l'analyse intégrale des causes multiples existent peut-être dans certains pays, mais il est recommandé d'utiliser au moins le mode suivant de mise en tableau :

- i) principale maladie ou affection du fœtus ou de l'enfant (x autres variables)
- ii) principale maladie ou affection maternelle (x autres variables)
- iii) dispositions de ces données en tableau à double entrée (x autres variables).

Classer sous infarctus cérébral et oxygénation insuffisante pendant 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 accident de transfusion.

* * *