

CI-M-10

Classification statistique internationale des maladies et des problèmes de santé connexes

Dixième Révision

Volume 2

Édition 2008



Organisation
mondiale de la Santé

Catalogage à la source: Bibliothèque de l'OMS:

Classification statistique internationale des maladies et des problèmes de santé connexes - 10e révision, édition 2008.

3 v.

Contenu: v. 1. Table analytique -- v. 2. Manuel d'utilisation -- v. 3. Index alphabétique.

1.Maladie - classification. 2.Classification. 3.Manuel. I.Organisation mondiale de la Santé. II.ICD-10

ISBN 978 92 4 254766 5

(NLM classification: WB 15)

© Organisation mondiale de la Santé 2009

Tous droits réservés. Il est possible de se procurer les publications de l'Organisation mondiale de la Santé auprès des Editions de l'OMS, Organisation mondiale de la Santé, 20 avenue Appia, 1211 Genève 27 (Suisse) (téléphone : +41 22 791 3264 ; télécopie : +41 22 791 4857 ; adresse électronique : bookorders@who.int). Les demandes relatives à la permission de reproduire ou de traduire des publications de l'OMS – que ce soit pour la vente ou une diffusion non commerciale – doivent être envoyées aux Editions de l'OMS, à l'adresse ci-dessus (télécopie : +41 22 791 4806 ; adresse électronique : permissions@who.int).

Les appellations employées dans la présente publication et la présentation des données qui y figurent n'impliquent de la part de l'Organisation mondiale de la Santé aucune prise de position quant au statut juridique des pays, territoires, villes ou zones, ou de leurs autorités, ni quant au tracé de leurs frontières ou limites. Les lignes en pointillé sur les cartes représentent des frontières approximatives dont le tracé peut ne pas avoir fait l'objet d'un accord définitif.

La mention de firmes et de produits commerciaux ne signifie pas que ces firmes et ces produits commerciaux sont agréés ou recommandés par l'Organisation mondiale de la Santé, de préférence à d'autres de nature analogue. Sauf erreur ou omission, une majuscule initiale indique qu'il s'agit d'un nom déposé.

L'Organisation mondiale de la Santé a pris toutes les précautions raisonnables pour vérifier les informations contenues dans la présente publication. Toutefois, le matériel publié est diffusé sans aucune garantie, expresse ou implicite. La responsabilité de l'interprétation et de l'utilisation dudit matériel incombe au lecteur. En aucun cas, l'Organisation mondiale de la Santé ne saurait être tenue responsable des préjudices subis du fait de son utilisation.

La 43ème Assemblée Mondiale de la Santé en 1990 approuva la Dixième Révision de la Classification Internationale Des Maladies (WHA 43,24) et adopta la recommandation de la Conférence Internationale pour la Dixième Révision de la CIM qui eut lieu à Genève du 26 Septembre au 2 Octobre 1989 au sujet de l'établissement d'un processus de mise à jour dans le cadre du cycle de 10 ans pour les révisions.

Cette recommandation fut mise en action lors de la réunion annuelle des Centres Collaborateurs de l'OMS pour la Famille des Classifications Internationales à Tokyo, Japon en 1996 et en suite un mécanisme réglementé pour la mise à jour fut mis en place. Le règlement prévoit mises à jour mineures annuelles ainsi que mises à jour majeures, au besoin, tous les 3 ans.

Veuillez bien consulter le site <http://www.who.int/classifications/> pour ultérieures informations sur le processus de la mise à jour, et pour une liste cumulative des mises à jour.

Cette Edition 2008 de la CIM-10 inclut tout les errata de la première édition ainsi que toute mise à jour entrée en vigueur entre 1998 et 2008.

Typographie WHO/IER/CTS - DIMDI
Imprimé en France

Table des matières

1. Introduction	1
2. Description de la Classification internationale des Maladies	1
2.1 But et champ d'application	1
2.2 Concept d'une "famille" de classifications de maladies et de classifications sanitaires connexes	2
<i>Classifications de référence</i>	4
<i>Classifications dérivées</i>	5
<i>Classifications apparentées</i>	5
2.2.1 Classifications liées au diagnostic	6
2.2.2 Classifications non liées au diagnostic	9
2.2.3 Appui informationnel aux soins de santé primaires	13
2.2.4 Nomenclature internationale des maladies	14
2.2.5 Rôle de l'OMS	15
2.3 Principes généraux de la classification des maladies	16
2.4 Structure et principes de base de classification de la CIM	17
2.4.1 Volumes	18
2.4.2 Chapitres	19
2.4.3 Blocs de catégories	20
2.4.4 Catégories à trois caractères	20
2.4.5 Sous-catégories à quatre caractères	21
2.4.6 Subdivisions supplémentaires à utiliser au niveau du cinquième caractère ou du caractère suivant	21
2.4.7 Codes "U" non utilisés	22
3. Comment utiliser la CIM	23
3.1 Comment utiliser le Volume 1	23
3.1.1 Introduction	23
3.1.2 Utilisation de la Table analytique des inclusions et des sous-catégories à quatre caractères	24
3.1.3 Deux codes pour certaines affections	25
<i>Le système de la dague et de l'astérisque</i>	25
<i>Autres codages doubles facultatifs</i>	28
3.1.4 Conventions utilisées dans la Table analytique	29
3.1.5 Catégories ayant des caractères communs	32

TABLE DES MATIÈRES

3.2	Comment utiliser le Volume 3	34
3.2.1	Disposition de l'Index alphabétique	34
3.2.2	Structure	34
3.2.3	Numéros de code	35
3.2.4	Conventions	35
3.3	Directives de base pour le codage	35
4.	Règles et directives pour le codage des causes de mortalité et de morbidité	37
4.1	Mortalité : directives pour l'établissement de certificats et règles pour le codage	37
4.1.1	Causes de décès	37
4.1.2	Cause initiale de décès	37
4.1.3	Modèle international de certificat médical de la cause de décès	38
4.1.4	Procédure de sélection de la cause initiale de décès pour la mise en tableaux des causes de mortalité	40
4.1.5	Règles pour la sélection de la cause première	41
4.1.6	Principe général et règles de sélection - considérations générales et exemples	42
4.1.7	Résumé du Principe général et des règles de sélection	54
4.1.8	Modification de la cause choisie	55
4.1.9	Règles de modification	55
4.1.10	Exemples de l'application des règles de modification	57
4.1.11	Notes pour le codage de la cause initiale de mortalité	66
4.1.12	Résumé des causes liées par numéro de code	88
4.2	Notes pour l'interprétation des causes de décès indiquées sur les certificats	96
4.2.1	Présomption d'une cause intermédiaire	96
4.2.2	Interprétation "tout à fait improbable"	97
4.2.3	Effet de la durée de l'affection sur le classement	100
4.2.4	Séquelles	101
4.2.5	Cohérence entre le sexe du malade et le diagnostic	102
4.2.6	Opérations	103
4.2.7	Tumeurs malignes	103
4.2.8	Rhumatisme articulaire aigu avec atteinte cardiaque	114
4.2.9	Malformations congénitales et anomalies chromosomiques	114
4.2.10	Nature du traumatisme	115

CLASSIFICATION INTERNATIONALE DES MALADIES

4.2.11	Intoxications par des médicaments et des substances biologiques	116
4.2.12	Causes externes	118
4.2.13	Expressions indiquant un diagnostic douteux	119
4.2.14	Virus de l'immuno-déficience humaine (VIH)	119
4.3	Mortalité périnatale: directives pour l'établissement du certificat et règles pour le codage	120
4.3.1	Etablissement du certificat de causes de décès périnatal	120
4.3.2	Formulation des causes de décès	121
4.3.3	Mise en tableaux de la mortalité périnatale par cause	124
4.3.4	Codage des causes de décès	124
4.3.5	Règles de codage	125
4.4	Morbidité	128
4.4.1	Directives pour l'enregistrement des renseignements diagnostiques pour l'analyse limitée à une affection unique des données de morbidité	129
4.4.2	Directives pour le codage de l'"affection principale" et des "autres affections »	132
4.4.3	Règles pour procéder à un nouveau choix lorsque l'affection principale mentionnée paraît incorrecte	141
4.4.4	Notes spécifiques à certains chapitres	149
5.	Présentation statistique	165
5.2	Source des données	165
5.3	Niveau de détail des causes dans les mises en tableaux	165
5.4	Listes spéciales pour la mise en tableaux des causes de mortalité	166
5.4.1	Listes condensées	166
5.4.2	Listes choisies	167
5.4.3	Emploi de préfixes pour identifier les listes des causes de mortalité	167
5.4.4	Listes établies localement	168
5.5	Liste spéciale pour la mise en tableaux des causes de morbidité	168
5.5.1	Description	168
5.5.2	Modification de la liste spéciale pour la mise en tableaux des causes de morbidité selon les besoins nationaux	169

TABLE DES MATIÈRES

5.6	Recommandations concernant les tableaux statistiques pour les comparaisons internationales	170
5.6.1	Tableaux statistiques	170
5.6.2	Mise en tableaux des causes de décès	171
5.7	Normes et modalités de notification concernant la mortalité foetale, périnatale, néonatale et infantile	171
5.7.1	Définitions	171
5.7.2	Critères de notification	174
5.7.3	Statistiques pour les comparaisons internationales	175
5.7.4	Présentation des causes de mortalité périnatale	178
5.8	Normes et modalités de notification concernant la mortalité maternelle	179
5.8.1	Définitions	179
5.8.2	Notification internationale	180
5.8.3	Publication des taux de mortalité maternelle	180
5.8.4	Dénominateurs pour la mortalité maternelle	180
5.9.	Proportion de décès classés à "causes mal définies"	181
5.10	Morbidité	182
5.11	Précautions à prendre quand les listes pour la mise en tableaux comprennent des sous-totaux	182
5.12	Problèmes d'une petite population	182
5.13	"Cases vides" et cases avec de faibles fréquences	183
5.14	Recommandations	184
6.	Historique du développement de la CIM	187
6.1	Origine	187
6.2	Adoption de la Nomenclature internationale des Causes de Décès	190
6.3	Conférence pour la Cinquième Révision décennale	192
6.4	Classifications antérieures des maladies pour les statistiques de morbidité	195
6.5	United States Committee on Joint Causes of Death	197
6.6	Sixième Révision des Nomenclatures internationales	198
6.7	Septième et Huitième Révisions	201
6.8	Neuvième Révision	202
6.9	Préparations de la Dixième Révision	203
7	Annexes	205
7.1	Liste d'affections incapables d'entraîner le décès	205

Bibliographie	215
Index	219

1. Introduction

Ce volume de la Dixième Révision de la Classification statistique internationale des Maladies et des Problèmes de Santé connexes (CIM-10) contient des directives pour l'enregistrement et le codage, de même que de nombreuses nouveautés sur les aspects pratiques de l'emploi de la classification, et une vue d'ensemble de l'historique de cette classification. Ces nouveaux textes sont présentés dans un volume séparé pour faciliter la tâche de ceux qui veulent se référer en même temps à la classification (Volume 1) et aux instructions pour son emploi. Des directives détaillées sur l'emploi de l'Index alphabétique sont contenues dans l'introduction du Volume 3.

Ce manuel donne une description sommaire de la CIM, et des instructions pratiques pour les codeurs des causes de mortalité et de morbidité, ainsi que des directives pour la présentation et l'interprétation des données. Il ne permet pas d'apprendre en détail l'utilisation de la CIM. Sa lecture doit s'accompagner de cours permettant un apprentissage approfondi à partir d'exemples et de discussions de problèmes.

Si l'emploi de la CIM pose des problèmes qui ne peuvent être résolus ni localement ni avec l'aide du bureau national de statistique compétent, il est possible d'obtenir des conseils des Centres collaborateurs OMS pour la classification des maladies (voir Volume 1, pages 7-8).

2. Description de la Classification statistique internationale des Maladies et des Problèmes de Santé connexes

2.1 But et champ d'application

Une classification des maladies peut se définir comme un ensemble organisé de rubriques dans lesquelles on range des entités morbides en fonction de certains critères établis. Le but de la CIM est de permettre l'analyse systématique, l'interprétation et la comparaison des données de mortalité et de morbidité recueillies dans différents pays ou régions et à des époques différentes dans la mesure où le sens des mots n'a pas changé. La CIM est utilisée pour transposer les diagnostics de maladies ou autres problèmes de santé, en codes alphanumériques, ce qui facilite le stockage, la recherche et l'analyse des données.

DESCRIPTION DE LA CIM

En pratique, la CIM est devenue la classification diagnostique internationale unique pour tout ce qui concerne l'épidémiologie en général et de nombreux problèmes de prise en charge sanitaire. Cela comprend l'analyse de la situation sanitaire générale de groupes de populations et la surveillance de l'incidence et de la prévalence de maladies et d'autres problèmes de santé en rapport avec d'autres variables, comme les caractéristiques et les situations des sujets atteints. La CIM n'est ni destinée ni adaptée à l'indexation d'entités cliniques précises. Des problèmes peuvent également se poser si l'on emploie la CIM pour des études financières, comme le recouvrement des coûts et l'allocation de fonds.

La CIM peut être utilisée pour classer des maladies et d'autres problèmes de santé figurant sur de nombreux types de dossiers sanitaires et démographiques. A l'origine, elle était utilisée pour classer les causes de mortalité telles qu'elles figuraient sur l'acte de décès. Plus tard, elle a été élargie pour inclure les diagnostics de morbidité. Il est important de noter que, si la CIM est avant tout prévue pour la classification des maladies et des traumatismes assortis d'un diagnostic explicite, tous les problèmes ou motifs de recours aux services de santé ne peuvent être classés de cette façon. C'est pourquoi, la CIM prévoit une large variété de signes, symptômes, observations anormales, plaintes et circonstances sociales qui peuvent prendre la place d'un diagnostic dans les dossiers sanitaires (voir Volume 1, Chapitres XVIII et XXI). Elle peut donc être utilisée pour classer des données enregistrées sous des titres comme "diagnostic", "motif d'admission", "affections traitées" et "motif de consultation", que l'on trouve dans de nombreux dossiers sanitaires dont sont tirées les statistiques ou toute autre information sur la situation sanitaire.

2.2 Concept d'une "famille" de classifications de maladies et de classifications sanitaires connexes

Bien que la CIM ait de nombreuses applications différentes, elle ne permet pas de répondre à tous les besoins de ses utilisateurs. Elle ne comprend pas suffisamment de détails pour certaines spécialités et des informations sur des caractéristiques différentes des affections classées peuvent parfois être nécessaires. La CIM n'est pas non plus pertinente pour décrire le fonctionnement ou le handicap en tant qu'aspects de la santé et elle n'inclut pas toutes les interventions en santé ou les motifs de recours.

CLASSIFICATION INTERNATIONALE DES MALADIES

Les fondations bâties par la Conférence Internationale sur la CIM-10 en 1989 ont fourni la base du développement d'une « famille » de classifications en santé (voir Volume 1, Rapport de la Conférence Internationale pour la dixième révision, section 6). Ces dernières années, à travers l'utilisation de la CIM et le développement des classifications connexes, le concept de « famille » s'est encore renforcé. A l'heure actuelle, la « famille » désigne un ensemble de moyens de classifications qui partagent les mêmes caractéristiques et peuvent être utilisées ensemble ou séparément pour donner des informations sur la santé et le système de soins. Par exemple, la CIM en tant que classification de référence est principalement utilisée pour collecter les informations en mortalité et morbidité. Les aspects supplémentaires des domaines de la santé, du fonctionnement et du handicap sont maintenant classés ensemble dans la Classification internationale du fonctionnement, du handicap et de la santé (CIF). D'une façon générale, la famille des classifications internationales vise à fournir un cadre conceptuel pour la description des états de santé et du système de soins. En ce sens, elle établit un langage commun pour améliorer la communication et permettre des comparaisons de données entre les pays du point de vue des disciplines de santé, des services et des évolutions dans le temps.

L'Organisation Mondiale de la Santé et le Réseau OMS-FCI s'emploient à bâtir la famille des classifications sur des principes scientifiques et taxonomiques solides, pour qu'elle soit culturellement appropriée et applicable internationalement et met l'accent sur les aspects multidimensionnels de la santé pour qu'elle satisfasse les besoins des différents utilisateurs.

La Famille des Classifications Internationale de l'OMS (OMS-FCI) veut servir de cadre aux standards internationaux pour offrir les éléments de base pour la construction des systèmes d'information sur la santé. Le schéma 1 représente les types de classifications de l'OMS-FCI.

DESCRIPTION DE LA CIM

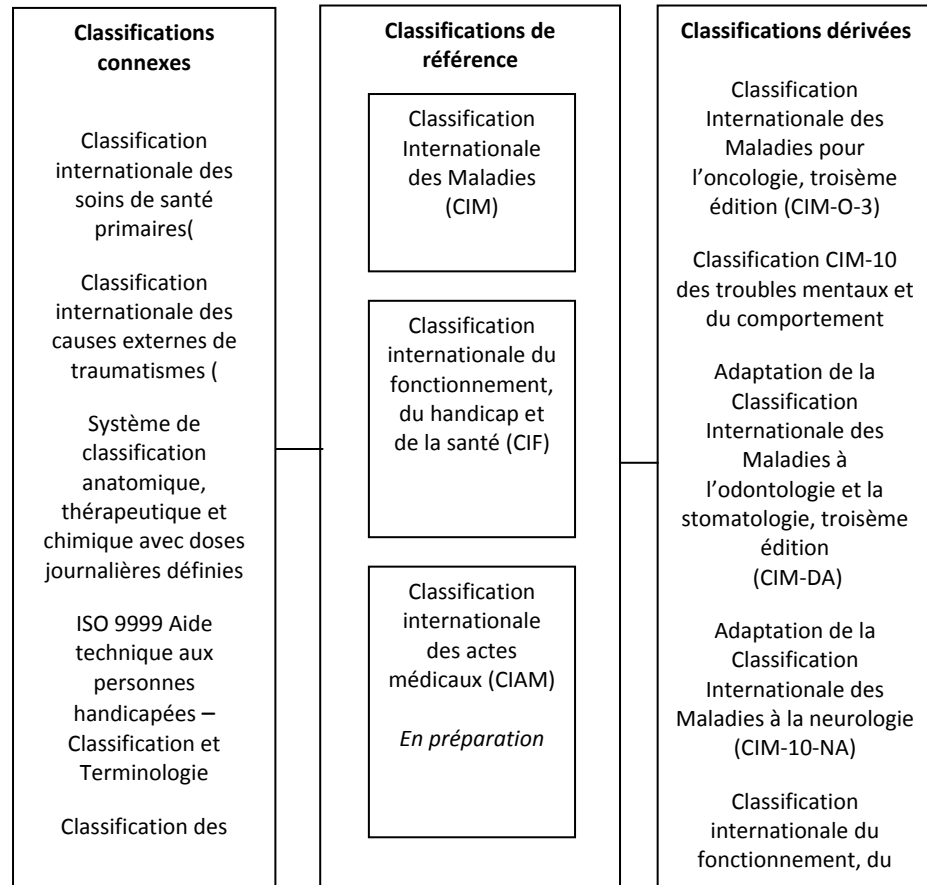


Schéma 1 : description sommaire de la famille de classifications OMS

Classifications de référence

Ce sont les classifications qui couvrent les principaux paramètres de l'état de santé, comme la mort, la maladie, le fonctionnement, le handicap, la santé et les interventions en santé. Les classifications de référence sont issues d'accords internationaux. Elles ont reçu une large acceptation, un accord d'utilisation officiel et constituent des directives recommandées internationalement pour les rapports de santé. Elles peuvent être utilisées comme modèle pour la construction ou la révision d'autres classifications, à condition d'en respecter à la fois la structure et les définitions de classes.

A l'heure actuelle, il existe deux classifications OMS de référence : la CIM comme classification de référence pour collecter les informations en mortalité et en morbidité et la CIF pour collecter les informations dans différents domaines du fonctionnement et du handicap humains. L'OMS a étudié la possibilité de remplacer la précédente Classification Internationale des Actes Médicaux (voir ci-dessous les classifications non liées au diagnostic) par une nouvelle Classification Internationale des Interventions en Santé (CIIS). Ce remplacement interviendra après plusieurs périodes de consultations, d'essais sur le terrain et avec l'approbation des structures dirigeantes de l'OMS.

Classifications dérivées

Les classifications dérivées sont basées sur les classifications de référence. Les classifications dérivées peuvent être élaborées soit en adoptant la structure et les classes des classifications de référence en y ajoutant le niveau de détail souhaité ou elles peuvent être élaborées par réarrangement ou agrégation de rubriques d'une ou plusieurs classifications de référence. Les classifications dérivées sont souvent adaptées pour une utilisation nationale ou internationale.

Dans la famille des Classifications Internationales de l'OMS, les classifications dérivées comprennent les adaptations par spécialités de la CIF et de la CIM, telles que la Classification Internationale des Maladies pour l'Oncologie (CIM-O-3), l'Application de la Classification Internationale des Maladies à l'Odontologie et la Stomatologie, 3^{ème} édition (CIM-AO), la CIM-10 pour les troubles mentaux et du comportement et l'Application de la Classification Internationale des Maladies à la neurologie (CIM-10-NA) (voir ci-dessous **Classifications liées au diagnostic**).

Classifications apparentées

Les classifications apparentées se réfèrent partiellement aux classifications de référence ou sont associées aux classifications de référence uniquement à certains niveaux de structure. Les procédures de mise à niveau et de révision des classifications statistiques de la famille encouragent la résolution de problèmes de correspondance entre les classifications apparentées et offrent les moyens d'accroître l'harmonie au fil du temps.

DESCRIPTION DE LA CIM

A l'intérieur de l'OMS-FCI, les classifications apparentées comprennent: la Classification Internationale de Soins Primaires, la Classification Internationale des Causes Externes de Traumatismes, les Aides techniques pour les personnes handicapées : Classification et Terminologie (ISO9999) et la Classification Chimique Thérapeutique Anatomique avec Doses Journalières Définies.

2.2.1 Classifications liées au diagnostic

Listes spéciales pour la mise en tableaux

Les listes spéciales pour la mise en tableaux proviennent directement du noyau de la classification, pour être utilisés dans la présentation des données et pour faciliter l'analyse de l'état de santé et de ses tendances, aux niveaux international, national et sub-national. Les listes spéciales pour la mise en tableaux recommandées pour les comparaisons et les publications internationales sont incluses dans le Volume 1 (pages 1297-1323). Il existe cinq listes, quatre pour la mortalité et une pour la morbidité (pour plus de détails, voir les sections 5.4 et 5.5, pages 129-132).

Adaptations par spécialités

Les adaptations par spécialité réunissent généralement dans un seul volume compact les sections ou catégories de la CIM qui ont trait à une spécialité particulière. Les sous-catégories à quatre caractères de la CIM sont maintenues, mais plus de détails sont souvent donnés par des subdivisions à cinq ou même six caractères, et il existe un index alphabétique des termes correspondants. D'autres adaptations peuvent contenir les définitions des catégories et sous-catégories au sein de la spécialité.

Les adaptations ont souvent été mises au point par des groupes internationaux de spécialistes, mais des groupes nationaux ont parfois publié des adaptations qui ont, plus tard, été utilisées dans d'autres pays. La liste suivante comprend quelques unes des principales adaptations par spécialités.

Oncologie

La troisième édition de la *Classification internationale des Maladies pour l'Oncologie* (CIM-O), publiée par l'OMS en anglais en 2000, est destinée à être utilisée par les registres des cancers, en anatomopathologie et dans d'autres départements spécialisés en cancérologie (1). La CIM-O présente deux axes, l'un permet le codage selon la topographie, et l'autre selon la morphologie. Le premier axe utilise pour la plupart des tumeurs les catégories à trois et quatre caractères utilisées dans la CIM-10 pour les tumeurs malignes (catégories C00-C80). La CIM-O permet ainsi une plus grande précision de localisation pour les tumeurs non malignes que ne le fait la CIM-10.

Le code morphologique pour les tumeurs est identique à celui de la *Systematized nomenclature of medicine* (SNOMED) (2), qui trouve ses origines dans l'édition de 1968 du *Manual of Tumor Nomenclature and Coding* (MOTNAC) (3) et de la *Systematized Nomenclature of Pathology* (SNOP) (4). Il s'agit d'un code à cinq chiffres; les quatre premiers déterminent le type histologique et le cinquième le comportement de la tumeur (maligne, *in situ*, bénigne, etc.). Les codes morphologiques CIM-O sont également reproduits dans le Volume 1 de la CIM-10 et accompagnent les termes pertinents dans le Volume 3, l'Index alphabétique. Il existe des tableaux qui permettent la conversion entre les codes de la troisième édition de la CIM-O et ceux de la CIM-10.

Dermatologie

En 1978, la "British Association of Dermatologists" a publié l'*International Coding Index for Dermatology* compatible avec la Neuvième Révision de la CIM. L'Association a aussi publié une adaptation de la CIM-10 à la dermatologie, sous les auspices de la Ligue internationale des Sociétés dermatologiques.

DESCRIPTION DE LA CIM

Odontologie et stomatologie

La troisième édition de l'application de la *Classification internationale des Maladies à l'Odontologie et la Stomatologie* (CIM-AO) , fondée sur la CIM-10, a été publiée en 1995 par l'OMS. Elle rassemble les catégories de la CIM ayant trait aux maladies ou aux affections qui se produisent dans la cavité buccale et les structures adjacentes, ou qui y ont des manifestations ou des associations. Elle donne plus de détails que la CIM-10 en utilisant un cinquième chiffre, mais le système de numérotation est tel que la relation entre un code de la CIM-AO et le code CIM dont il est dérivé est immédiatement reconnaissable, et les données des catégories de la CIM-AO peuvent être facilement incorporées dans les catégories CIM.

Neurologie

en 1997, l'OMS a publié une adaptation de la CIM-10 à la neurologie, qui garde les systèmes de classification et de codage de la CIM-10 mais dont les subdivisions au niveau du cinquième caractère, et au-delà, sont plus nombreuses. Ceci permet de classer les maladies neurologiques avec une plus grande précision.

Rhumatologie et orthopédie

La Ligue internationale contre le Rhumatisme travaille à une révision de l'*Application de la Classification internationale des Maladies à la Rhumatologie et à l'Orthopédie* (CIM-R&O) , comprenant la *Classification internationale des Maladies ostéo-articulaires* (ICMSD), qui doit être compatible avec la CIM-10. La CIM-R&O donne des précisions sur les affections par l'emploi de chiffres supplémentaires, ce qui permet d'obtenir plus de détails tout en maintenant la compatibilité avec la CIM-10. La ICMSD est destinée à clarifier et standardiser l'emploi de termes; elle est par ailleurs complétée par un glossaire de termes génériques pour des groupes d'affections, comme les polyarthropathies inflammatoires.

Pédiatrie

Sous les auspices de l'Association internationale de Pédiatrie, la "British Paediatric Association" (BPA) a publié une application de la CIM-10 à la pédiatrie, qui utilisera un cinquième chiffre pour permettre une plus grande précision. Cela fait suite à des applications similaires préparées par la BPA pour la CIM-8 et la CIM-9.

Troubles mentaux

Classification Internationale des Troubles Mentaux et des Troubles du Comportement : descriptions cliniques et directives diagnostiques. Ce volume, publié en français en 1993, donne pour chaque catégorie du Chapitre V de la CIM-10 (Troubles mentaux et du comportement) une description générale et des directives concernant le diagnostic, de même que des commentaires sur les diagnostics différentiels et une liste de synonymes et de termes d'exclusion (5). Quand davantage de détails sont nécessaires, les directives donnent d'autres subdivisions au niveau des cinquième et sixième chiffres. Une seconde publication concerne le Chapitre V, Critères de diagnostic pour la recherche.

Une version de la classification pour utilisation dans les soins de santé primaires, et une autre version qui utilise un réarrangement des catégories des troubles mentaux de l'enfance dans un système multiaxial, permettant l'évaluation simultanée de l'état clinique, des facteurs d'environnement s'y rapportant et le degré d'incapacité liée à la maladie ont aussi été développées

2.2.2 Classifications non liées au diagnostic

Actes médicaux

La *Classification internationale des Actes médicaux* (CIAM) a été publiée en deux volumes par l'OMS en 1980 (6). Elle comprend les actes concernant le diagnostic médical, la prévention, le traitement, la radiologie, les médicaments et les actes chirurgicaux et de laboratoire. La classification a été adoptée par certains pays, alors que d'autres l'ont utilisée pour servir de base au développement de leurs propres classifications nationales des opérations chirurgicales.

Les chefs des Centres Collaborateurs de l'OMS pour la Classification des Maladies ont reconnu que le mode de consultation nécessaire avant que le texte soit terminé et publié, était impropre dans un domaine aussi vaste et dont l'évolution est aussi rapide. Ils ont de ce fait recommandé de ne pas associer de révision de la CIAM à la dixième révision de la CIM.

DESCRIPTION DE LA CIM

En 1987, le Comité d'Experts sur la Classification internationale des Maladies a demandé à l'OMS d'envisager, au moins, la mise à jour d'un canevas pour tous les actes chirurgicaux (Chapitre 5) de la CIAM, pour la Dixième Révision. En réponse à cette demande et aux vœux exprimés par un certain nombre de pays, le Secrétariat a préparé une liste de mise en tableaux pour ces actes.

Au cours de leur réunion en 1989, les Chefs des Centres collaborateurs ont considéré que la liste pourrait servir de guide pour la publication nationale de statistiques sur les actes chirurgicaux et pourrait aussi faciliter des comparaisons entre pays. La liste pourrait aussi être utilisée comme base pour le développement de classifications nationales comparables des actes chirurgicaux.

Le travail sur la liste se poursuivra, mais il n'y aura pas de publication avant la parution de la CIM-10. En attendant, d'autres approches de ce sujet sont explorées. Certaines d'entre elles ont des caractères communs, comme un domaine déterminé pour des sujets spécifiques (organe, technique, voie d'abord, etc.), la possibilité d'être automatiquement mise à jour et la souplesse suffisante pour être utilisée dans des buts divers.

La Classification Internationale du Fonctionnement, du Handicap et de la Santé (CIF)

La Classification Internationale du Fonctionnement, du Handicap et de la Santé (CIF) a été publiée par l'OMS dans les six langues officielles de l'OMS en 2001 après son adoption officielle par la Cinquante quatrième Assemblée Générale de la Santé le 22 mai 2001 (7). Elle a été depuis traduite en plus de 25 langues.

La CIF classifie la santé et les états connexes de la santé en deux parties. La Partie 1 classifie le fonctionnement et le handicap. La Partie 2 comprend les facteurs environnementaux et personnels. Le fonctionnement et le handicap dans la Partie 1 sont décrits sous l'angle du corps, de l'individu et de la société et formulés selon deux composants : 1) les fonctions organiques et les structures anatomiques, 2) les activités et la participation. Etant donné que le fonctionnement et le handicap d'un individu se situent dans un contexte, la CIF comprend aussi une liste de facteurs environnementaux.

CLASSIFICATION INTERNATIONALE DES MALADIES

La CIF a remplacé la Classification Internationale des Handicaps : Déficiences, Incapacités et Désavantages (CIH). En conséquence, les termes et définitions de la CIH ont été remplacés par les nouveaux termes et définitions de la CIF :

Le fonctionnement est un terme générique qui recouvre les fonctions organiques, les structures anatomiques, les activités et la participation. Il décrit les aspects positifs de l'interaction entre un individu (avec un état de santé) et les facteurs contextuels de cet individu (environnementaux et personnels).

Le handicap est un terme recouvrant les déficiences, les limitations à l'activité et les restrictions à la participation. Il décrit les aspects négatifs de l'interaction entre un individu (avec un état de santé) et les facteurs contextuels de cet individu (environnementaux et personnels).

Les fonctions organiques sont les fonctions physiologiques des organes (y compris les fonctions psychologiques).

Les structures anatomiques sont les parties du corps comme les organes, les membres et leurs composants.

Les déficiences sont les problèmes de fonctions organiques ou de structures anatomiques comme une déviation importante ou une perte.

L'activité est l'exécution d'une tâche ou d'une action par un individu.

Les limitations d'activité sont les difficultés qu'un individu peut rencontrer dans l'exercice d'activités.

La participation est l'implication dans une situation de la vie.

Les restrictions de participation sont les problèmes qu'un individu peut éprouver dans l'exercice de ses activités.

Les Facteurs environnementaux comprennent l'environnement physique, social et relationnel dans lequel les individus vivent et conduisent leur vie.

DESCRIPTION DE LA CIM

La CIF utilise un système alpha-numérique dans lequel les lettres *b*, *s*, *d* et *e* sont utilisées pour noter les fonctions organiques, les structures anatomiques, l'activité et la participation et les facteurs environnementaux. Ces lettres sont suivies d'un code numérique qui commence par le numéro du chapitre (un chiffre), suivi par le deuxième niveau (deux chiffres) puis les troisième et quatrième niveaux (un chiffre chacun). Les catégories de la CIF sont « en cascade » de façon à inclure des sous-catégories plus détaillées que la catégorie parente. Tout individu peut être décrit par plusieurs codes à chaque niveau. Ils peuvent être indépendants ou inter-dépendants.

Les codes CIF ne sont complets qu'avec la présence d'un qualificatif, qui désigne l'importance du niveau de santé (p. ex. la gravité d'un problème). Les qualificatifs sont codés sous un, deux ou trois chiffres après un point (ou séparateur).

L'utilisation de tout code doit être accompagnée par au moins un qualificatif. Sans qualificatif, les codes n'ont aucun sens par eux-mêmes. Le premier qualificatif pour les fonctions organiques et les structures anatomiques, les qualificatifs de performance et de capacité pour les activités et la participation et le premier qualificatif pour les facteurs environnementaux, décrivent tous la gravité du problème de leur domaine respectif.

La CIF offre un nouvel éclairage aux notions de « santé » et de « handicap ». Elle reconnaît que tout être humain peut subir une baisse de santé et subir donc un certain handicap. Cette situation ne frappe pas qu'une minorité d'individus. La CIF « officialise » l'expérience du handicap et reconnaît qu'il s'agit d'un phénomène universel. En changeant de regard, de la cause vers l'effet, elle place tous les états de santé sur un pied d'égalité en leur permettant d'être comparés en utilisant une mesure commune. De plus, la CIF prend en compte les aspects sociaux du handicap en ne voyant pas le handicap seulement comme un dysfonctionnement « médical » ou « biologique ». En incluant les facteurs contextuels, y compris les facteurs environnementaux, la CIF permet d'enregistrer l'impact de l'environnement sur le fonctionnement de l'individu.

La CIF est l'outil de l'OMS pour mesurer la santé et le handicap à la fois au niveau de l'individu et à celui de la population. Alors que la Classification internationale des maladies classe les maladies et les causes de décès, la CIF classe les domaines de la santé. La CIM et la CIF constituent les deux grands blocs de la Famille Internationale de Classifications. Ensemble, elle fournissent de larges mais précis outils pour capturer l'image entière de la santé.

2.2.3 Appui informationnel aux soins de santé primaires

Un des tous premiers problèmes auxquels doit s'attaquer la stratégie mondiale visant à la santé pour tous en l'an 2000 est de fournir un appui informationnel aux soins de santé primaires. Dans les pays n'ayant pas à leur disposition des informations complètes ou n'ayant que des données de qualité médiocre, différentes approches doivent être adoptées pour compléter ou remplacer l'emploi conventionnel de la CIM.

Depuis la fin des années 70, différents pays ont fait l'expérience du recueil d'informations par du personnel non médical. Ce type de notification a par la suite été étendu à un concept plus élargi appelé "Méthodes non conventionnelles". Ces méthodes, couvrant diverses approches, ont été élaborées dans différents pays comme moyen d'obtenir des informations sur l'état sanitaire quand les méthodes conventionnelles (recensements, enquêtes, statistiques démographiques ou institutionnelles de morbidité) se sont montrées inadéquates.

Une des approches, "informations recueillies dans la communauté", suppose la participation de la communauté dans la définition, le recueil et l'emploi des données ayant trait à la santé. Le degré de participation communautaire va du seul recueil des données à l'organisation, l'analyse et l'utilisation des informations. L'expérience de plusieurs pays a montré que cette approche est plus qu'un cadre théorique. La Conférence internationale pour la Dixième Révision de la Classification internationale des Maladies (voir Volume 1, pages 9-30) a noté dans son rapport :

La conférence a été informée de l'expérience des pays en matière de mise au point et d'application d'un système d'informations sanitaires recueillies à l'échelle communautaire, couvrant à la fois les problèmes et besoins de santé, les facteurs de risque pertinents et les ressources. Elle s'est déclarée favorable au développement de méthodes non traditionnelles à l'échelle communautaire en vue de combler les lacunes des pays en matière d'information et de renforcer leurs systèmes d'information. Il a été souligné que, tant dans les pays développés que dans les pays en développement, ces méthodes ou systèmes devaient être développés localement et qu'en raison de facteurs tels que les profils de morbidité, ou les différences linguistiques et culturelles, il ne fallait pas essayer de les appliquer dans d'autres pays ou régions.

Etant donné les résultats encourageants de cette approche dans de nombreux pays, la conférence a souhaité que l'OMS continue de donner des conseils sur la mise au point de projets locaux et de soutenir les progrès faits en ce sens.

2.2.4 Nomenclature internationale des maladies¹

En 1970, le Conseil des Organisations internationales des Sciences médicales (CIOMS) a entrepris d'établir une nomenclature internationale des maladies (NIM), avec l'assistance de ses organisations membres, et cinq volumes de la nomenclature provisoire ont été publiés entre 1972 et 1974. Cependant, il est rapidement apparu que la rédaction d'une telle nomenclature, si on voulait qu'elle soit vraiment internationale, nécessiterait une consultation plus large que celle des seuls membres de la CIOMS. En 1975, la NIM est devenue un projet conjoint de la CIOMS et de l'OMS dirigé par un comité technique permanent formé par des représentants des deux organisations.

Le principal objectif de la NIM est de recommander un seul nom pour chaque maladie. Les principaux critères retenus pour le choix de ce nom sont qu'il doit être spécifique (appliqué à une maladie, et une seule), ne pas être ambigu, être aussi descriptif et aussi simple que possible et, autant que faire se peut, fondé sur une seule cause. Cependant, de nombreux noms largement utilisés, qui ne satisfont pas pleinement aux critères ci-dessus, sont retenus comme synonymes, pourvu qu'ils ne soient pas impropres, trompeurs ou contraires aux recommandations des organisations internationales spécialisées. Les éponymes doivent être évités car ils ne sont pas descriptifs; cependant, de nombreux termes sont tellement utilisés (par exemple maladie de Hodgkin, maladie de Parkinson et maladie d'Addison) qu'ils doivent être retenus.

Chaque maladie ou syndrome pour lequel un nom est recommandé est défini d'une manière aussi peu ambiguë et aussi brève que possible. Une liste de synonymes existe après chaque définition. A ces listes très complètes sont ajoutées, si nécessaire, des explications sur le rejet de certains synonymes ou des indications sur les raisons pour lesquelles un prétendu synonyme n'en est pas un vrai.

² Cette publication n'existe qu'en anglais.

CLASSIFICATION INTERNATIONALE DES MALADIES

La NIM est destinée à compléter la CIM. Les différences entre une nomenclature et une classification sont discutées au point 2.3. Dans la mesure du possible, la terminologie de la NIM a été préférée dans la CIM.

Les volumes de la NIM publiés jusqu'à 1992 (8) sont : *Maladies infectieuses* (maladies bactériennes (1985), mycoses (1982), maladies virales (1983), maladies parasitaires (1987)); *Maladies de l'appareil respiratoire inférieur* (1979); *Maladies du système digestif* (1990); *Maladies cardiaques et vasculaires* (1989); *Troubles métaboliques, nutritionnels et endocriniens* (1991); *Maladies des reins, des voies urinaires inférieures et des organes génitaux de l'homme* (1992) et *Maladies des organes génitaux de la femme* (1992).

2.2.5 Rôle de l'OMS

La plupart des classifications décrites ci-dessus sont le fruit d'une collaboration très étroite entre des organisations non gouvernementales, d'autres institutions et les divisions et unités de l'OMS. L'unité responsable de la CIM assure un rôle de coordination et fournit des directives et des conseils.

L'OMS encourage le développement d'adaptations qui améliorent à la fois l'utilité de la CIM et la comparabilité des statistiques sanitaires. Le rôle de l'OMS dans le développement de nouvelles classifications, d'adaptations et de glossaires est d'être responsable d'une bonne coopération et d'agir en tant que bureau central, donnant des avis et des soutiens quand cela est nécessaire. Toute personne intéressée à la préparation d'une adaptation de la CIM-10 doit consulter l'OMS dès que les objectifs de cette adaptation ont été clairement exposés. De cette façon, des duplications inutiles seront évitées par une approche coordonnée du développement des différents composants de la famille de classification.

2.3 Principes généraux de la classification des maladies

Comme William Farr l'écrivait en 1856 (9) :

Le classement est une méthode de généralisation. C'est pourquoi plusieurs classifications peuvent être employées avec avantage, et le médecin, l'anatomo-pathologiste ou le juriste peuvent légitimement, chacun d'eux se plaçant à son propre point de vue, classer les maladies et les causes de décès de la façon qu'ils jugent la plus apte à faciliter leurs recherches et à donner des résultats généraux.

Une classification statistique des maladies doit se limiter à un nombre restreint de rubriques s'excluant mutuellement, susceptibles d'embrasser la totalité des états morbides. Ces rubriques doivent être choisies de manière à faciliter l'étude statistique des phénomènes pathologiques. Une entité morbide spécifique qui a une importance particulière en santé publique ou qui est fréquente doit avoir sa propre rubrique. En revanche, des catégories doivent être attribuées à des groupes d'états distincts mais habituellement apparentés. Toute maladie ou état morbide doit avoir une place bien définie dans la liste des rubriques. C'est pourquoi, dans toute la classification, il y aura des catégories résiduelles pour d'autres affections, disparates, qui ne peuvent être placées dans des rubriques plus spécifiques. Il faut classer dans ces rubriques résiduelles le moins possible d'affections.

C'est l'élément "regroupement" qui distingue une classification statistique d'une nomenclature, cette dernière devant comporter un titre séparé pour chaque état morbide connu. Les concepts de classification et de nomenclature sont néanmoins étroitement liés car une nomenclature est souvent structurée de façon systématique, et par ailleurs la classification s'appuiera sur les définitions de la nomenclature.

Une classification statistique peut tenir compte de différents niveaux de détail si elle comporte une structure hiérarchique avec des sous-divisions. Une classification statistique des maladies doit permettre à la fois d'identifier des entités pathologiques spécifiques et d'établir une présentation statistique de données pour des groupes plus larges, et d'obtenir des informations utiles et compréhensibles.

CLASSIFICATION INTERNATIONALE DES MALADIES

Les mêmes principes généraux peuvent être appliqués à la classification d'autres problèmes sanitaires et de raisons de recours aux services de soins, qui sont également incorporés dans la CIM.

La CIM est devenue une classification pratique, plutôt que purement théorique, dans laquelle il y a un certain nombre de compromis entre une classification basée sur l'étiologie, le siège anatomique, les circonstances de début, etc. Il y a également eu des ajustements pour tenir compte de la variété des applications statistiques pour lesquelles la CIM est conçue, telles les statistiques et les enquêtes de mortalité, de morbidité, de sécurité sociale et d'autres types de statistiques et d'enquêtes sanitaires.

2.4 Structure et principes de base de classification de la CIM

La CIM est une classification à axe variable. La structure a été conçue à partir de celle proposée par William Farr au tout début des discussions internationales sur la structure d'une classification. Son idée était que, pour tout objectif pratique, épidémiologique, les données statistiques sur les maladies devaient être groupées de la façon suivante :

- maladies épidémiques
- maladies constitutionnelles ou générales
- maladies localisées classées selon leur siège
- maladies du développement
- maladies qui sont les conséquences d'un traumatisme.

Cette disposition peut encore se retrouver dans les chapitres de la CIM-10. Elle a résisté à l'épreuve du temps et, bien qu'elle soit dans un certain sens arbitraire, elle est encore considérée comme une structure plus utile pour des objectifs épidémiologiques généraux que toute autre structure essayée.

Les deux premiers, et les deux derniers, des groupes énumérés ci-dessus comprennent des "groupes spéciaux" qui rassemblent des affections qui, si elles étaient dispersées par exemple dans une classification structurée essentiellement par siège anatomique, seraient peu utilisables pour des études épidémiologiques. Le groupe restant, "maladies localisées classées selon leur siège", comprend les chapitres de la CIM pour chacun des principaux systèmes de l'organisme.

DESCRIPTION DE LA CIM

La distinction entre les chapitres "groupes spéciaux" et les chapitres "relatifs aux divers systèmes, appareils et organes" a des conséquences pratiques pour la compréhension de la structure de la classification, pour le codage et l'interprétation des statistiques basées sur elle. Il faut se souvenir que, en général, les affections sont classées tout d'abord à l'un des chapitres "groupes spéciaux". Quand il existe un doute sur la place que doit occuper une affection, les chapitres "groupes spéciaux" doivent avoir la priorité.

La CIM de base est une liste de catégories à trois caractères, chacune d'entre elles pouvant être divisée en dix sous-catégories à quatre caractères. A la place du système de codage purement numérique des révisions précédentes, la Dixième Révision utilise un code alphanumérique avec une lettre en première position et des chiffres en seconde, troisième et quatrième position. Le quatrième caractère est précédé par un point. Les possibilités de codage vont de ce fait de A00.0 à Z99.9. La lettre U n'est pas utilisée (voir page 18).

2.4.1 Volumes

La CIM-10 comprend trois volumes : le Volume 1 contient les principales classifications; le Volume 2 donne des directives aux utilisateurs de la CIM; et le Volume 3 est l'Index alphabétique de la classification.

La plus grande partie du Volume 1 est occupée par la classification principale constituée de la liste des catégories à trois caractères et la Table analytique d'inclusions et de sous-catégories à quatre caractères. Le "noyau" de la classification - la liste de catégories à trois caractères (Volume 1, pages 31-108) - est le niveau obligatoire de notification à l'OMS des données de base de mortalité et pour les comparaisons internationales générales. Ce "noyau" énumère également les titres des chapitres et des blocs. La Table analytique, donnant les détails complets du niveau à quatre caractères, est divisée en 21 chapitres (pages 109-1268).

Le Volume 1 contient également les éléments suivants :

- *Morphologie des tumeurs*. La classification de la morphologie des tumeurs (pages 1269-1296) peut être utilisée, si nécessaire, comme code supplémentaire pour classer le type morphologique de tumeurs qui, à quelques exceptions près, ne sont classées dans le Chapitre II que selon leur comportement et leur siège (topographie). Les codes de morphologie sont les mêmes que ceux utilisés dans l'adaptation spéciale de la CIM pour l'oncologie (CIM-O) (1).

- *Listes spéciales pour la mise en tableaux.* La liste complète à quatre caractères de la CIM, et même la liste à trois caractères, sont trop longues pour être reproduites dans chaque tableau statistique. De ce fait, la plupart des statistiques de routine utilisent une liste de mise en tableaux qui met l'accent sur certaines affections en les isolant et groupe les autres. Les quatre listes spéciales pour la mise en tableaux des causes de mortalité font partie intégrante de la CIM. Les listes 1 et 2 sont destinées aux causes générales de mortalité et les listes 3 et 4 sont destinées aux causes de mortalité du nouveau-né et de l'enfant (âges 0 à 4 ans). Il existe aussi une liste spéciale pour la mise en tableaux pour les causes de morbidité. Ces listes figurent aux pages 1297-1323 du Volume 1. Des directives sur l'utilisation appropriée des différents niveaux des listes de classification et de mise en tableaux sont données dans le présent volume à la Section 5.
- *Définitions.* Les définitions des pages 1325-1330 du Volume 1 ont été adoptées par l'Assemblée mondiale de la Santé et sont incluses pour faciliter la comparabilité internationale des données.
- *Règlements relatifs à la nomenclature.* Les règlements adoptés par l'Assemblée mondiale de la Santé indiquent quelles sont les responsabilités réelles des Etats Membres de l'OMS en ce qui concerne la classification des maladies et des causes de décès, et la compilation et la publication des statistiques. On les trouve aux pages 1331-1335 du Volume 1.

2.4.2 Chapitres

La classification est divisée en 21 chapitres. Le premier caractère du code de la CIM est une lettre, et chaque lettre est associée à un chapitre donné, à l'exception de la lettre D qui est utilisée à la fois dans le Chapitre II, *Tumeurs*, et dans le Chapitre III, *Maladies du sang et des organes hématopoïétiques et certains troubles du système immunitaire*, et de la lettre H qui est utilisée à la fois dans le Chapitre VII, *Maladies de l'oeil et de ses annexes* et dans le Chapitre VIII, *Maladies de l'oreille et de l'apophyse mastoïde*. Quatre chapitres (chapitres I, II, XIX et XX) utilisent plus d'une lettre en première position de leurs codes.

Chaque chapitre contient suffisamment de catégories à trois caractères pour couvrir son contenu; tous les codes disponibles ne sont pas utilisés, ce qui laisse la place à une révision et une extension ultérieures.

DESCRIPTION DE LA CIM

Les Chapitres I à XVII ont trait à des maladies et à d'autres entités morbides, et le Chapitre XIX aux *lésions traumatiques, empoisonnements et certaines autres conséquences de causes externes*. Le Chapitre XVIII couvre les *symptômes, signes et résultats anormaux d'examens cliniques et de laboratoire, non classés ailleurs*. Le Chapitre XX, *Causes externes de morbidité et de mortalité* était habituellement utilisé pour classer les causes de lésions traumatiques et les empoisonnements mais, depuis la Neuvième Révision, permettait également l'enregistrement de toute cause externe de maladies et autres entités morbides. Enfin, le Chapitre XXI, *Facteurs influant sur l'état de santé et motifs de recours aux services de santé*, est destiné à la classification des données expliquant la raison du recours à des services de santé d'une personne qui n'est pas malade, ou les circonstances dans lesquelles le malade reçoit des soins à ce moment donné ou ayant une certaine influence sur les soins donnés à cette personne.

2.4.3 Blocs de catégories

Les chapitres sont sous-divisés en "blocs" homogènes de catégories à trois caractères. Dans le Chapitre I, les titres des blocs reflètent deux axes de classification - mode de transmission et large groupe d'organismes infectants. Dans le Chapitre II, le premier axe est le comportement de la tumeur; dans ce comportement, l'axe de classement est le plus souvent le siège de la tumeur; cependant, quelques catégories à trois caractères correspondent à des types morphologiques importants (par exemple leucémies, lymphomes, mélanomes, mésothéliomes, sarcome de Kaposi). La série de catégories est indiquée entre parenthèses après chaque titre de bloc.

2.4.4 Catégories à trois caractères

Au sein de chaque bloc, certaines des catégories à trois caractères correspondent à des affections isolées, choisies en raison de leur fréquence, de leur gravité ou du fait qu'elles peuvent faire l'objet d'interventions de santé publique, alors que d'autres sont réservées à des groupes de maladies ayant certains caractères communs. Il y a généralement la possibilité de classer d'"autres" affections, ce qui permet d'inclure de nombreuses affections, différentes, mais rares, de même que des affections "sans précision".

2.4.5 Sous-catégories à quatre caractères

Bien que non obligatoires pour la notification au niveau international, la plupart des catégories à trois caractères sont subdivisées par un quatrième caractère numérique ajouté après un point, ce qui permet d'atteindre dix sous-catégories. Quand une catégorie à trois caractères n'est pas subdivisée, il est recommandé d'utiliser la lettre "X" pour remplir la quatrième position de telle façon que les codes soient d'une même longueur pour le traitement des données.

Les sous-catégories à quatre caractères seront à utiliser de façon appropriée, pour identifier par exemple différents sièges ou variétés si la catégorie à trois caractères n'est destinée qu'à une seule maladie, ou à des maladies particulières si la catégorie à trois caractères est destinée à un groupe d'affections.

Le quatrième caractère .8 est généralement utilisé pour les "autres" affections appartenant à la catégorie à trois caractères, et .9 est surtout utilisé pour indiquer qu'on lui donne le même sens que le titre de la catégorie à trois caractères, sans ajouter d'information supplémentaire.

Quand les mêmes subdivisions à quatre caractères s'appliquent à une série de catégories à trois caractères, elles ne figurent qu'une fois au début de la série. Une note à chacune des catégories appropriées indique où les détails peuvent être trouvés. Par exemple, les catégories O03-O06, pour différents types d'avortements, ont des quatrièmes caractères identiques correspondant à d'éventuelles complications (voir Volume 1, page 776).

2.4.6 Subdivisions supplémentaires à utiliser au niveau du cinquième caractère ou du caractère suivant

Le niveau du cinquième caractère ou du caractère suivant est généralement une sous-classification établie suivant un axe différent de celui du quatrième caractère. On les trouve aux :

- Chapitre XIII - Subdivisions selon le siège anatomique
- Chapitre XIX - Subdivisions pour indiquer des fractures ouvertes et fermées de même que des lésions traumatiques intracrâniennes, intrathoraciques et intra-abdominales, avec ou sans plaie ouverte
- Chapitre XX - Subdivisions pour indiquer le type d'activité entreprise.

2.4.7 Codes "U" non utilisés

Les codes U00-U49 sont destinés au classement à titre provisoire des nouvelles maladies d'étiologie incertaine. Les codes U50-U99 peuvent être utilisés lors de recherches, par exemple quand on essaie une sous-classification de remplacement pour un projet spécial.

3. Comment utiliser la CIM

Cette section contient des informations pratiques que tout utilisateur doit connaître pour exploiter au mieux la classification. La connaissance et la compréhension des buts et de la structure de la CIM sont capitales pour les statisticiens et les analystes des informations sanitaires de même que pour les codeurs. Un emploi précis de la CIM dépend de l'application correcte du contenu des trois volumes.

3.1 Comment utiliser le Volume 1

3.1.1 Introduction

Le Volume 1 de la CIM contient la classification elle-même. Il indique les catégories et sous-catégories auxquelles les diagnostics doivent être affectés, ce qui facilite leur tri et leur dénombrement à des fins statistiques. En même temps, il donne à ceux qui utilisent des statistiques une définition du contenu des catégories, des sous-catégories et des items des listes pour la mise en tableaux qui peuvent se trouver inclus dans des tableaux statistiques.

Bien qu'il soit théoriquement possible à un codeur de parvenir au code correct en utilisant le Volume 1 seulement, cela prendrait du temps et pourrait conduire à des erreurs. Un Index alphabétique qui permet de se repérer dans la classification se trouve dans le Volume 3. L'introduction à l'Index donne des informations importantes sur ses relations avec le Volume 1.

La plupart des utilisations statistiques de routine de la CIM supposent le choix d'une affection unique à partir d'un certificat ou d'un dossier alors que plusieurs y figurent. Les règles pour le choix des causes de mortalité et de morbidité se trouvent dans la section 4 de ce Volume.

Une description détaillée de la Table analytique se trouve à la section 2.4.

3.1.2 Utilisation de la Table analytique des inclusions et des sous-catégories à quatre caractères

Termes d'inclusion

Dans les rubriques à trois et quatre caractères, un certain nombre d'autres termes diagnostiques sont généralement énumérés. Ces derniers sont connus comme étant des "termes d' inclusion" et sont donnés, en plus du titre, comme exemples d'indications diagnostiques qui doivent être classées à cette rubrique. Ils peuvent renvoyer à des affections différentes ou être synonymes. Ils ne sont pas une sous-classification de la rubrique.

Les termes à inclure sont avant tout cités pour donner des indications sur le contenu des rubriques. Un grand nombre des items indiqués ont trait à des termes importants ou fréquents appartenant à la rubrique. D'autres sont des affections ou des sièges "limites" cités pour faire la distinction entre deux sous-catégories. Les listes de termes à inclure ne sont de toute façon pas exhaustives et d'autres noms d'entités diagnostiques figurent dans l'Index alphabétique auquel il faut tout d'abord se référer quand l'on code un diagnostic donné.

Il est parfois nécessaire de lire les termes à inclure en liaison avec les titres; c'est généralement le cas quand les termes à inclure sont des listes détaillées de localisations ou de produits pharmaceutiques, quand il faut bien comprendre les mots appropriés du titre (par exemple "tumeur maligne de...", "traumatisme de ...", "empoisonnement par ...").

Les descriptions diagnostiques générales communes à une série de catégories, ou à toutes les sous-catégories d'une catégorie à trois caractères, se trouvent dans des notes sous le titre "Comprend", faisant immédiatement suite au titre d'un chapitre, d'un bloc ou d'une catégorie.

Termes d'exclusion

Certaines rubriques contiennent des listes d'affection précédées par l'expression "A l'exclusion de". Il s'agit de termes qui, bien que le titre de la rubrique puisse suggérer qu'ils doivent être classés à cet endroit, sont en fait classés ailleurs. Par exemple, la catégorie A46, "Erysipèle", d'où est exclu l'érysipèle du post-partum ou puerpéral. Après chaque terme exclu, on trouve entre parenthèses le code de la catégorie ou de la sous-catégorie de la classification qu'il faut attribuer au terme exclu.

Les exclusions générales pour une série de catégories ou pour toutes les sous-catégories dans une catégorie à trois caractères se trouvent dans des notes sous le titre "A l'exclusion de", suivant immédiatement le titre d'un chapitre, d'un bloc ou d'une catégorie.

Description du glossaire

En plus des termes à inclure et à exclure, le Chapitre V, Troubles mentaux et du comportement, comprend les descriptions d'un glossaire qui donnent une indication sur le contenu des rubriques. La terminologie des troubles mentaux varie en effet beaucoup, en particulier entre différents pays, et le même nom peut être utilisé pour décrire des affections tout à fait différentes. Ces descriptions ne sont pas destinées au personnel codeur.

Des types similaires de définition se trouvent ailleurs dans la CIM, par exemple, au chapitre XXI, pour donner des éclaircissements sur le contenu d'une rubrique.

3.1.3 Deux codes pour certaines affections

COMMENT UTILISER LA CIM

Le code primaire est utilisé pour la maladie initiale et il est marqué par une dague (+); un code supplémentaire facultatif, pour la manifestation, est indiqué par un astérisque (*). Cette convention a été adoptée parce que le codage de la maladie initiale seule était peu satisfaisant si l'on voulait établir des statistiques relevant de spécialités particulières. Le code astérisque permet de classer l'affection au chapitre correspondant à la manifestation, quand celle-ci a été la raison principale des soins médicaux.

Si le système de la dague et de l'astérisque permet des classifications différentes pour la présentation des statistiques, il est cependant un principe de la CIM qui veut que le code dague soit le code primaire et soit toujours utilisé. Il est possible d'utiliser le code astérisque, *en plus*, si cette méthode de présentation est également nécessaire. Pour le codage, le code astérisque ne doit jamais être utilisé seul. Ce sont les statistiques comprenant des codes avec dague qui sont conformes à la classification traditionnelle pour la présentation des données sur la mortalité et la morbidité et d'autres aspects des soins médicaux.

Les codes avec astérisque se trouvent dans les catégories à trois caractères. Il existe des catégories séparées pour les mêmes affections quand une maladie donnée n'est pas précisée comme étant la cause initiale. Par exemple, les catégories G20 et G21 correspondent à des syndromes parkinsoniens qui ne sont pas des manifestations d'autres maladies classées ailleurs, alors que la catégorie G22* correspond à "Syndrome parkinsonien au cours de maladies classées ailleurs". Les codes avec dague correspondants sont donnés pour des affections mentionnées aux catégories avec astérisque; par exemple, pour le parkinsonisme syphilitique, à G22*, le code avec dague est A52.1+.

Certains codes avec dague apparaissent dans des catégories spéciales avec dague (A17+). Cependant, le plus souvent, le code avec dague pour des diagnostics à deux éléments (étiologie et manifestation) et les codes sans dague pour des affections à élément unique (étiologie ou manifestation) peuvent provenir de la même catégorie (A18) ou sous-catégorie. (A18.4)

Les parties de la classification auxquelles s'applique l'utilisation de la dague et de l'astérisque sont peu nombreuses; il y a 83 catégories spéciales avec astérisque dans toute la classification; elles sont énumérées au début des chapitres concernés et à la page 27.

Les rubriques dans lesquelles les termes avec dague apparaissent peuvent prendre l'une des trois formes suivantes :

CLASSIFICATION INTERNATIONALE DES MALADIES

- (i) Si le symbole (+) et le code avec astérisque apparaissent tous deux dans le titre de la rubrique, tous les termes pouvant être classés à celle-ci sont soumis à une double classification et possèdent tous le même code avec astérisque; par exemple :

A17.0+ Méningite tuberculeuse (G01*)
Tuberculose méningée (cérébrale) (médullaire)
Leptoméningite tuberculeuse

- (ii) Si le symbole apparaît dans le titre mais que l'autre code possible n'y est pas, tous les termes classables à cette rubrique sont soumis à une double classification mais ils ont des autres codes possibles différents (qui sont énumérés pour chaque terme); par exemple :

A18.1+ Tuberculose de l'appareil génito-urinaire
Affection inflammatoire tuberculeuse des organes pelviens
de la femme (N74.1*)
Tuberculose (de) :
 . col de l'utérus (N74.0*)
 . organes génitaux de l'homme (N51.-*)
 . rénale (N29.1*)
 . uretère (N29.1*)
 . vessie (N33.0*)

- (iii) Si ni le symbole ni l'autre code possible n'apparaissent dans le titre, la rubrique dans son ensemble n'est pas soumise à une double classification mais certains termes à inclure peuvent l'être; dans ce cas, ces termes comportent le symbole et leur autre code possible; par exemple :

A54.8 Autres infections gonococciques
...
Lésions cutanées)
Péritonite+ (K67.1*))
Pneumopathie+ (J17.0*))
gonococcique(s)
Septicémie)

Autres codages doubles facultatifs

Il existe certaines situations, autres que dans le système dague et astérisque, qui permettent d'utiliser deux codes de la CIM pour décrire complètement l'état d'une personne. La note dans la Table analytique "Utiliser, au besoin, un code supplémentaire ...", indique un grand nombre de ces situations. Les codes supplémentaires ne seront utilisés que dans des mises en tableaux spéciales.

C'est le cas :

- (i) pour des infections locales classables aux chapitres "systèmes; appareils et organes"; des codes du Chapitre I peuvent être ajoutés pour identifier l'organisme infectant lorsque cette information n'apparaît pas dans le titre de la rubrique. Le bloc de catégories, B95-B97 à la fin du Chapitre I, est destiné à cet usage.
- (ii) pour les tumeurs ayant une activité fonctionnelle. Au code du Chapitre II peut être ajouté le code approprié du Chapitre IV qui permettra d'enregistrer l'activité fonctionnelle.
- (iii) pour les tumeurs; le code de morphologie des pp. 1269-1296 du Volume I, bien que ne faisant pas partie intégrante de la CIM, peut être ajouté au code du Chapitre II pour identifier la morphologie de la tumeur.
- (iv) pour des affections classables à F00-F09 (Chapitre V), incluant les troubles mentaux organiques y compris les troubles symptomatiques; un code d'un autre chapitre peut être ajouté pour indiquer la cause, c'est-à-dire la maladie sous-jacente, traumatisme ou toute autre lésion cérébrale.
- (v) quand une affection est causée par un agent toxique, un code du Chapitre XX peut être ajouté pour identifier cet agent.
- (vi) lorsque deux codes peuvent être utilisés pour décrire une lésion traumatique, un empoisonnement ou un autre effet indésirable : un code du Chapitre XIX, qui décrit la nature du traumatisme, et un code du Chapitre XX, qui décrit la cause. Le choix du code qui doit être ajouté dépend du but dans lequel les données ont été recueillies. (Voir l'introduction du Chapitre XX, Volume 1, page 1089).

3.1.4 Conventions utilisées dans la Table analytique

Dans l'énumération des termes à inclure et à exclure, dans la Table analytique, la CIM fait usage de conventions spéciales ayant trait à l'emploi de parenthèses, de crochets, de deux points, d'accolades, de l'abréviation "SAI", de la phrase "non classé ailleurs" (NCA), et du mot "et" dans les titres. Tout cela doit être bien compris par les codeurs et par toute personne voulant interpréter des statistiques basées sur la CIM.

Parenthèses ()

Les parenthèses sont utilisées dans le Volume 1 dans quatre situations importantes.

- (a) Des parenthèses sont utilisées pour inclure des mots supplémentaires qui peuvent suivre un terme diagnostique sans modifier le numéro de code auquel les mots en dehors des parenthèses seraient assignés. Par exemple, à I10 où le terme à inclure, "Hypertension (artérielle) (bénigne) (essentielle) (maligne) (primitive) (systémique)", implique que I10 est le numéro de code pour le mot "Hypertension" seul ou lorsqu'il est accompagné par un des mots entre parenthèses, ou une association de ceux-ci.
- (b) Des parenthèses sont également utilisées pour inclure le code auquel un terme d'exclusion correspond; par exemple :

H01.0, Blépharite, à l'exclusion de blépharo-conjonctivite (H10.5).
- (c) Des parenthèses sont également employées dans les titres du bloc pour y incorporer les codes à trois caractères des catégories incluses dans ce bloc.
- (d) Le dernier emploi de parenthèses que l'on trouve depuis la Neuvième Révision a trait au système des dagues et astérisques. Des parenthèses sont employées pour inclure le code avec dague dans une catégorie avec astérisque ou le code avec astérisque suivant un terme avec dague.

Crochets []

Les crochets sont utilisés :

- (a) Pour inclure des synonymes ou des phrases explicatives; par exemple :
A30 Lèpre [Maladie de Hansen];
- (b) Pour renvoyer à des notes précédentes; par exemple :
C00.8 Lésion à localisations contiguës de la lèvre
[voir note 5 page 191];
- (c) Pour renvoyer à un groupe de subdivisions à quatre caractères déjà mentionné qui sont communes à un certain nombre de catégories; par exemple :
K27 Ulcère digestif, de siège non précisé
[voir les subdivisions page 603].

Deux points :

Le signe deux points est utilisé pour énumérer des termes à inclure et à exclure si les mots qui le précèdent ne sont pas suffisamment complets pour être assignés à cette rubrique. Ils nécessitent un ou plusieurs mots les modifiant ou les précisant situés en retrait en dessous d'eux, avant qu'ils puissent être assignés à la rubrique. Par exemple, à K36, "Autres formes d'appendicite", le diagnostic "appendicite" ne peut être classé là que s'il est précisé par les mots "chronique" ou "récurrente".

Accolade }

Une accolade est utilisée dans des listes de termes à inclure et à exclure pour indiquer qu'aucun des mots qui la précèdent ou qui lui font suite ne sont des termes complets. Tout terme situé avant l'accolade doit être précisé par un ou plusieurs des termes qui lui font suite; par exemple :

- O71.6 Lésions obstétricales intéressant les articulations et les ligaments pelviens
 - Arrachement du cartilage interne de la symphyse (pubienne)
 - Ecartement traumatique de la symphyse (pubienne) obstétrical(e)
 - Lésion du coccyx

)

"SAI"

Les lettres SAI sont une abréviation pour "sans autre indication", équivalent à "non spécifié" ou "non précisé".

Parfois, un terme non précisé est néanmoins classé dans une rubrique pour un type plus spécifique de l'affection. Cela est dû, en terminologie médicale, au fait que la forme la plus fréquente d'une affection est souvent connue par le nom de l'affection elle-même et seuls les types moins fréquents sont précisés. Par exemple, le terme "rétrécissement mitral" est fréquemment employé pour signifier "rétrécissement mitral rhumatismal". Il faut tenir compte de ces généralisations pour éviter une classification incorrecte. Un examen soigneux des termes à inclure permettra de savoir lorsqu'une hypothèse de cause a été faite; les codeurs devront faire attention à ne pas coder un terme comme étant non précisé à moins qu'il ne soit évident qu'aucune information n'est disponible permettant une assignation plus spécifique ailleurs. De même, en interprétant des statistiques basées sur la CIM, certaines affections assignées à une catégorie apparemment précisée ne l'auront pas été dans le dossier qui a été codé. Lorsque l'on compare les tendances dans le temps et que l'on interprète des statistiques, il est important de bien savoir que des généralisations peuvent changer d'une révision de la CIM à l'autre. Par exemple, avant la huitième révision, un anévrisme de l'aorte non précisé était supposé être dû à la syphilis.

"Non classé ailleurs"

Les mots "non classé ailleurs", quand ils sont utilisés dans le titre d'une catégorie à trois caractères, sont utilisés pour avertir que certaines variétés précisées des affections énumérées peuvent apparaître dans d'autres parties de la classification; par exemple :

J16 Pneumopathie due à d'autres micro-organismes infectieux, non classée ailleurs

Cette catégorie comprend J16.0, Pneumopathie due à *Chlamydia* et J16.8 Pneumopathie due à d'autres micro-organismes infectieux. De nombreuses autres catégories se trouvent dans le Chapitre X (par exemple, J10-J15) et dans d'autres chapitres (par exemple, P23.- Pneumopathie congénitale) pour des pneumonies dues à des micro-organismes infectieux précisés. J18, Pneumopathie à micro-organisme non précisé, comprend les pneumopathies pour lesquelles l'agent infectieux n'est pas indiqué.

Le mot "et" dans des titres

"et" est utilisé pour "et/ou". Par exemple, la rubrique A18.0, Tuberculose des os et des articulations, où il faut classer les cas de "tuberculose des os", "tuberculose des articulations" et "tuberculose des os et des articulations".

Point tiret .-

Dans certains cas, le quatrième caractère d'un code d'une sous-catégorie est remplacé par un tiret; par exemple :

G03 Méningite due à des causes autres et non précisées,
A l'exclusion de : méningo-encéphalite (G04.-)

Cela montre au codeur qu'il existe un quatrième caractère qu'il faut chercher dans la catégorie appropriée. Cette convention apparaît à la fois dans la Table analytique et dans l'Index alphabétique.

3.1.5 Catégories ayant des caractères communs

Pour un contrôle de qualité, il est utile d'introduire des vérifications programmées dans le système de l'ordinateur. Les groupes suivants de catégories sont fournis comme base pour de telles vérifications de la cohérence interne, regroupés d'après les caractères spéciaux qui les unissent.

Catégories avec astérisques

Les catégories suivantes avec astérisque ne doivent pas être utilisées seules; elles doivent toujours être utilisées en plus d'un code avec dague :

D63*, D77*, E35*, E90*, F00*, F02*, G01*, G02*, G05*, G07*, G13*,
G22*, G26*, G32*, G46*, G53*, G55*, G59*, G63*, G73*, G94*, G99*,
H03*, H06*, H13*, H19*, H22*, H28*, H32*, H36*, H42*, H45*, H48*,
H58*, H62*, H67*, H75*, H82*, H94*, I32*, I39*, I41*, I43*, I52*, I68*,
I79*, I98*, J17*, J91*, J99*, K23*, K67*, K77*, K87*, K93*, L14*, L45*,
L54*, L62*, L86*, L99*, M01*, M03*, M07*, M09*, M14*, M36*, M49*,
M63*, M68*, M73*, M82*, M90*, N08*, N16*, N22*, N29*, N33*, N37*,
N51*, N74*, N77*, P75*.

Catégories limitées à un sexe

Les catégories suivantes ne s'appliquent qu'aux hommes :

B26.0, C60-C63, D07.4-D07.6, D17.6, D29.-, D40.-, E29.-, E89.5, F52.4, I86.1, L29.1, N40-N51, Q53-Q55, R86, S31.2-S31.3, Z12.5.

Les catégories suivantes ne s'appliquent qu'aux femmes :

A34, B37.3, C51-C58, C79.6, D06.-, D07.0-D07.3, D25-D28, D39.-, E28.-, E89.4, F52.5, F53.-, I86.3, L29.2, L70.5, M80.0-M80.1, M81.0-M81.1, M83.0, N70-N98, N99.2-N99.3, O00-O99, P54.6, Q50-Q52, R87, S31.4, S37.4-S37.6, T19.2-T19.3, T83.3, Y76.-, Z01.4, Z12.4, Z30.1, Z30.3, Z30.5, Z31.1, Z31.2, Z32-Z36, Z39, Z43.7, Z87.5, Z97.5.

Des directives pour résoudre des absences de cohérence entre des affections et le sexe sont données à la page 76.

Catégories de séquelles

Les catégories suivantes correspondent à des états pathologiques stables, conséquences d'affections qui ne sont plus en phase active, on les nomme séquelles :

B90-B94, E64.-, E68, G09, I69.-, O97, T90-T98, Y85-Y89.

Des directives pour le codage des séquelles de causes de mortalité et de morbidité peuvent être trouvées aux pages 75-76 et 106-107.

Complications d'actes chirurgicaux et médicaux

Les catégories suivantes ne doivent pas être utilisées pour coder la cause initiale de mortalité. Des indications sur leur emploi dans le codage des codes de morbidité se trouvent aux pages 107-108.

E89.-, G97.-, H59.-, H95.-, I97.-, J95.-, K91.-, M96.-, N99.-.

3.2 Comment utiliser le Volume 3

L'introduction au Volume 3, Index alphabétique de la CIM-10, donne des instructions sur la façon de l'utiliser. Ces instructions doivent être soigneusement étudiées avant de commencer à coder. Une brève description de la structure et de l'emploi de l'Index est donnée ci-dessous.

3.2.1 Disposition de l'Index alphabétique

Le Volume 3 est divisée en trois sections :

- La section I énumère tous les termes classables aux Chapitres de I à XIX et au Chapitre XXI, à l'exception des médicaments et autres produits chimiques.
- La section II est l'index des causes externes de morbidité et de mortalité et contient tous les termes classables au Chapitre XX, à l'exception des médicaments et autres produits chimiques.
- La section III, la Liste des médicaments et des produits chimiques, énumère pour chaque substance les codes pour les empoisonnements et les effets indésirables de médicaments classables au Chapitre XIX, et les codes du Chapitre XX qui indiquent si la cause de l'empoisonnement était accidentelle, volontaire ou indéterminée ou l'effet d'un médicament approprié correctement administré.

3.2.2 Structure

L'Index contient des "termes principaux", situés à l'extrême gauche de la colonne, avec d'autres qualificatifs à différents niveaux de retrait au-dessous d'eux. Dans la section I, ces qualificatifs en retrait sont généralement des variétés, des localisations ou des circonstances qui affectent le codage; dans la section II ils indiquent différents types d'accident ou de circonstance, de véhicules impliqués, etc. Les qualificatifs qui ne modifient pas le codage se trouvent entre parenthèses après l'affection.

3.2.3 Numéros de code

Les numéros de code figurant à la suite des termes renvoient aux catégories et sous-catégories auxquelles les termes doivent être classés. Si le code n'a que trois caractères, on peut supposer que la catégorie n'a pas été subdivisée. Dans la plupart des cas, lorsque la catégorie a été subdivisée, le numéro de code de l'Index indiquera le quatrième caractère. Un tiret dans la quatrième position (par exemple O03.-) signifie que la catégorie a été subdivisée et que le quatrième caractère doit être trouvé en se référant à la Table analytique. Si le système des dagues et astérisques s'applique au terme, les deux codes sont indiqués.

3.2.4 Conventions

Parenthèses

Les parenthèses sont utilisées dans l'Index de la même façon que dans le Volume 1, c'est-à-dire pour y inclure des qualificatifs.

"NCA"

NCA (non classé ailleurs) indique que d'autres affections comprenant les mêmes termes sont classées ailleurs et que, suivant les cas, un terme plus précis doit être recherché dans l'Index.

Renvois

Des renvois sont utilisés pour éviter des répétitions inutiles. Le terme "voir" indique que le codeur doit se référer à l'autre terme; "voir aussi" indique au codeur qu'il doit se référer ailleurs dans l'Index si le diagnostic qui doit être codé contient d'autres informations qui ne se trouvent pas en retrait sous le terme auquel "voir aussi" est attaché.

3.3 Directives de base pour le codage

L'Index alphabétique contient de nombreux termes qui ne sont pas inclus dans le Volume 1, et le codage demande que l'Index ainsi que la Table analytique soient consultés avant qu'un code soit attribué.

Avant d'essayer de coder, le codeur doit apprendre les principes de classification et de codage et avoir effectué des exercices pratiques.

COMMENT UTILISER LA CIM

Ce qui suit est un simple guide destiné à aider l'utilisateur occasionnel de la CIM.

1. Identifiez le type de diagnostic qu'il faut coder et voyez à la section appropriée de l'Index alphabétique. (Si le diagnostic est une maladie ou une lésion traumatique ou une autre affection classable aux chapitres I - XIX ou XXI, consultez la section I de l'Index. Si le diagnostic est la cause d'une lésion traumatique ou d'un autre événement classable au Chapitre XX, consultez la section II de l'Index.)
2. Localisez le terme principal. Pour les maladies et les lésions traumatiques, il s'agit généralement d'un substantif pour désigner l'état pathologique. Cependant, certaines affections exprimées sous forme d'adjectifs ou d'éponymes sont incluses dans l'Index.
3. Lisez toute note qui se trouve sous le terme principal, ce qui vous guidera.
4. Lisez tout terme inclus dans des parenthèses après le terme principal (ces qualificatifs ne changent pas le numéro de code), de même que tout terme situé en retrait sous le terme principal (ils peuvent modifier le numéro de code), jusqu'à ce que vous ayez tenu compte de tous les termes utilisés dans l'expression du diagnostic.
5. Suivez attentivement tout renvoi ("voir" et "voir aussi") trouvés dans l'Index.
6. Vérifiez dans la table analytique que le numéro de code choisi convient bien. Notez qu'un code à trois caractères de l'Index, avec un tiret en quatrième position signifie qu'il y a un quatrième caractère qu'il faut trouver dans le Volume 1. D'autres subdivisions à utiliser dans une position à caractère supplémentaire ne sont pas indexées et, si elles sont utilisées, doivent être repérées dans le Volume 1.
7. Laissez-vous guider par tout terme à inclure ou à exclure situé sous le code choisi ou sous le titre du chapitre, du bloc ou de la catégorie.
8. Attribuez le code.

Des directives spécifiques pour le choix de la cause ou de l'affection qui doit être codée, et pour coder l'affection choisie, sont données dans la section 4.

4. Règles et directives pour le codage des causes de mortalité et de morbidité

Cette section se rapporte aux règles et directives adoptées par l'Assemblée mondiale de la Santé concernant la sélection d'une cause ou d'une affection unique pour la mise en tableaux à partir des certificats de décès et des dossiers de morbidité. Des directives sont également fournies pour l'application des règles et pour le codage de l'affection choisie pour la mise en tableaux.

4.1 Mortalité : directives pour l'établissement de certificats et règles pour le codage

Les statistiques de mortalité sont l'une des sources principales d'information sanitaire et dans de nombreux pays elles sont le type le plus fiable de données sanitaires.

4.1.1 Causes de décès

En 1967, la Vingtième Assemblée mondiale de la Santé a donné la définition suivante des causes de décès à inscrire sur le certificat médical : "toutes les maladies, états morbides ou traumatismes qui ont abouti ou contribué au décès, et les circonstances de l'accident ou de la violence qui ont entraîné ces traumatismes". Cette définition a pour objet d'assurer l'inscription sur le certificat de la totalité des renseignements, et d'éviter que le certificateur ne retienne uniquement certaines affections observées et en écarte d'autres. La définition n'inclut pas les symptômes ni les modes de décès, tels qu'une défaillance cardiaque ou respiratoire.

Quand une seule cause de décès est enregistrée, cette cause est choisie pour la mise en tableaux. Quand plus d'une cause de décès est enregistrée, le choix doit être fait d'après les règles données à la section 4.1.5. Les règles sont basées sur le concept de la cause initiale de décès.

4.1.2 Cause initiale de décès

La conférence internationale pour la sixième révision décennale a décidé de désigner sous le nom de cause initiale de décès celle qui doit être retenue pour la mise en tableaux.

MORTALITÉ

En ce qui concerne la lutte contre la mort, ce qui importe c'est de rompre l'enchaînement des phénomènes morbides ou de mettre en route un traitement efficace à un stade quelconque. L'objectif le plus important pour la santé publique est d'empêcher la cause déterminante de survenir. Dans ce but, la cause initiale de décès a été définie comme "a) la maladie ou le traumatisme qui a déclenché l'évolution morbide conduisant directement au décès, ou b) les circonstances de l'accident ou de la violence qui ont entraîné le traumatisme mortel".

4.1.3 Modèle international de certificat médical de la cause de décès

Le principe mentionné ci-dessus peut être appliqué de façon uniforme en utilisant le modèle de certificat médical recommandé par l'Assemblée mondiale de la Santé. Le praticien signant le certificat de décès a le devoir d'indiquer quelles affections morbides ont conduit directement à la mort et de mentionner toutes les affections antérieures ayant pu déterminer cette cause.

Le certificat médical (voir volume 2, page 34) est fait pour faciliter le choix de la cause initiale de décès quand deux causes, ou plus, sont enregistrées. La partie I du modèle est destinée aux maladies ayant trait à l'enchaînement des événements aboutissant directement à la mort, et la partie II est réservée aux affections n'ayant pas de rapport avec la cause de décès mais qui y ont contribué.

En 1990, la Quarante-troisième Assemblée mondiale de la Santé a adopté une recommandation suivant laquelle certains pays pouvaient envisager la possibilité d'une ligne supplémentaire, (d), dans la partie I du certificat, si le besoin s'en faisait sentir. Cependant, certains pays peuvent adopter ou continuer à utiliser un certificat avec seulement trois lignes dans la partie I si une quatrième ligne est inutile ou lorsqu'il existe des obstacles légaux ou d'autre nature à l'adoption du certificat présenté à la page 34.

CLASSIFICATION INTERNATIONALE DES MALADIES

L'affection enregistrée sur la dernière ligne de la partie I du certificat est généralement la cause initiale de décès utilisée pour la mise en tableaux. Cependant, les procédures décrites dans les sections 4.1.4-4.1.5 peuvent aboutir à la sélection d'une autre affection comme cause initiale de décès. Pour faire la différence entre ces deux possibilités, l'expression, *cause première* sera utilisée pour renvoyer à l'affection devant figurer à la dernière ligne employée de la partie I du certificat, et l'expression, *cause initiale de décès*, sera utilisée pour identifier la cause choisie pour la mise en tableaux. La différence entre "cause première" et "cause initiale" est illustrée et expliquée dans l'exemple ci-dessous.

Lorsqu'il n'y a qu'un seul événement, la mention en est faite à la ligne I(a). S'il y a un enchaînement, la cause directe est notée en (a) et la cause première est notée à la dernière ligne; toute cause intermédiaire sera notée à la ligne (b) ou aux lignes (b) et (c). Voici un exemple de certificat de décès avec quatre paliers dans l'enchaînement d'événements conduisant directement à la mort :

- | | | |
|-----|----------------------------|-----------------------|
| (a) | Embolie pulmonaire | (cause directe) |
| (b) | Fracture pathologique | (cause intermédiaire) |
| (c) | Cancer secondaire du fémur | (cause intermédiaire) |
| (d) | Cancer du sein | (cause première) |

Dans cet exemple, la "cause première" indiquée par le médecin sur le certificat médical de décès coïncide avec la cause initiale qui sera choisie pour la mise en tableau. Il est en effet logique de proposer la séquence suivante : cancer du sein entraînant une métastase au niveau du fémur d'où fracture pathologique, la cause directe étant l'embolie pulmonaire.

"Cause première" et "cause initiale" ne coïncident pas forcément dans tous les cas. Les exemples 15, page 40 et 46, page 50, donnés au chapitre sur la procédure pour la sélection de la cause initiale de décès en témoignent.

La partie II est réservée à tout autre état morbide important qui a contribué à l'issue fatale, mais sans rapport avec la maladie ou l'état morbide ayant été la cause directe de la mort.

MORTALITÉ

Après les mots "due à (ou consécutive à)", qui figurent sur le certificat, il ne faut pas inclure seulement la cause directe ou le processus pathologique, mais également des causes indirectes, par exemple lorsqu'un antécédent a prédisposé à la cause directe par lésion tissulaire ou atteinte fonctionnelle, même après un long intervalle de temps.

Le fait de noter l'intervalle approximatif (minutes, heures, jours, semaines, mois ou années) entre le début de chaque affection et la date du décès aide le médecin qui rédige le certificat à établir l'enchaînement d'événements qui ont conduit à la mort, et est également utile par la suite pour aider le codeur à choisir le code approprié.

En 1990, l'Assemblée mondiale de la Santé a adopté une recommandation suivant laquelle les pays devraient envisager l'inclusion dans les certificats de décès de questions sur l'existence éventuelle d'une grossesse au moment du décès ou dans l'année ayant précédé la mort.

4.1.4 Procédure de sélection de la cause initiale de décès pour la mise en tableaux des causes de mortalité

Quand une seule cause de décès est mentionnée, cette cause est utilisée pour la mise en tableaux.

Quand plusieurs causes de décès sont mentionnées, la première étape dans la sélection de la cause initiale est de situer la cause première définie comme devant figurer à la dernière ligne utilisée de la partie I du certificat en appliquant le Principe général ou si nécessaire les règles de sélection 1, 2 et 3.

Dans certains cas, la CIM permet de remplacer la cause première par une cause convenant mieux comme cause initiale destinée à la mise en tableaux. C'est le cas pour certaines catégories d'associations d'affections, ou lorsqu'il y a des raisons épidémiologiques très importantes justifiant de donner la priorité à d'autres affections sur le certificat.

La phase suivante est donc de déterminer si une ou plusieurs des règles de modification A à F (voir section 4.1.9), qui traitent des situations mentionnées ci-dessus, s'appliquent. Le numéro de code que l'on obtient ainsi pour la mise en tableaux est celui de la cause initiale.

CLASSIFICATION INTERNATIONALE DES MALADIES

Quand la cause initiale est un traumatisme ou un autre effet d'une cause externe classée au Chapitre XIX, les circonstances qui ont donné lieu à cette affection doivent être choisies comme cause initiale pour la mise en tableaux et classées à V01-Y89. Le code pour le traumatisme ou l'effet en question peut être utilisé comme code supplémentaire.

4.1.5 Règles pour la sélection de la cause première

Enchaînement

Le terme "enchaînement" se rapporte à deux affections ou plus, mentionnées sur des lignes successives de la partie I, chaque affection étant une cause plausible de celle mentionnée à la ligne précédente.

Exemple 1 : I (a) Hémorragie de varices oesophagiennes
(b) Hypertension portale
(c) Cirrhose du foie
(d) Hépatite B

S'il y a plus d'une cause de décès sur une ligne du certificat, il est possible qu'il y ait plus d'un enchaînement mentionné. Dans l'exemple ci-dessous, quatre enchaînements sont mentionnés :

Exemple 2 : I (a) Coma
(b) Infarctus du myocarde et accident vasculaire cérébral
(c) Hypertension avec athérosclérose

Les enchaînements sont :

- athérosclérose (à l'origine d'un) infarctus du myocarde (à l'origine du) coma;
- athérosclérose (à l'origine d'un) accident vasculaire cérébral (à l'origine du) coma;
- hypertension (à l'origine d'un) infarctus du myocarde (à l'origine du) coma;
- hypertension (à l'origine d'un) accident vasculaire cérébral (à l'origine du) coma;

MORTALITÉ

4.1.6 Principe général et règles de sélection - considérations générales et exemples

Dans un certificat correctement rempli, la cause première sera mentionnée seule à la dernière ligne utilisée de la partie I et, s'il y a lieu, les affections consécutives à cette cause figureront au-dessus à raison d'une par ligne dans l'ordre étiologique ascendant.

Exemple 3 : I (a) Urémie
(b) Hydronéphrose
(c) Rétention d'urine
(d) Hypertrophie de la prostate

Exemple 4 : I (a) Bronchopneumopathie
(b) Bronchite chronique
II Myocardite chronique

Si le certificat a été correctement rempli, le Principe général indiqué ci-dessous s'appliquera.

Principe général

Lorsque plus d'une affection est notée sur le certificat, l'affection mentionnée seule à la dernière ligne utilisée de la partie I ne doit être choisie que si elle a pu donner naissance à toutes les autres affections mentionnées aux lignes précédentes.

Ceci est le cas pour les exemples 3, 4 et 5.

Exemple 5 : I (a) Métastases généralisées
(b) Bronchopneumopathie
(c) Cancer du poumon

Le principe général s'appliquera à condition que l'affection mentionnée seule à la dernière ligne utilisée puisse avoir donné naissance à toutes les affections mentionnées aux lignes précédentes même si ces autres affections n'ont pas été inscrites dans l'ordre étiologique correct (exemple 5).

Exemple 6 : I (a) Abscès du poumon
(b) Pneumopathie lobaire

Choisir pneumopathie lobaire (J18.1).

CLASSIFICATION INTERNATIONALE DES MALADIES

- Exemple 7 :* I (a) Insuffisance hépatique
(b) Obstruction des voies biliaires
(c) Tumeur maligne de la tête du pancréas

Choisir tumeur maligne de la tête du pancréas (C25.0).

- Exemple 8 :* I (a) Hémorragie cérébrale
(b) Hypertension
(c) Pyélonéphrite chronique
(d) Adénome de la prostate

Choisir adénome de la prostate (N40).

- Exemple 9 :* I (a) Choc traumatique
(b) Fractures multiples
(c) Piéton blessé dans une collision avec un véhicule
lourd (accident de la circulation)

Choisir piéton heurté par un camion (V04.1).

- Exemple 10 :* I (a) Bronchopneumopathie
II Anémie secondaire et leucémie lymphoïde chronique

Choisir bronchopneumopathie. Mais la règle 3 s'applique également *ce qui modifie ce choix*; voir exemple 26.

Cependant, le certificat peut ne pas avoir été rempli correctement.

Le Principe général ne s'applique pas quand plus d'une affection a été mentionnée sur la dernière ligne utilisée de la partie I, ou si la seule affection mentionnée n'a pas pu donner naissance à toutes les affections mentionnées aux lignes précédentes. Des directives sur l'acceptabilité de différents enchaînements sont données ci dessous, mais il faut se souvenir que la déclaration du médecin certificateur exprime son opinion sur les affections qui ont conduit au décès et sur leurs rapports réciproques, et que cette opinion ne doit pas être traitée à la légère.

MORTALITÉ

Si le Principe général est inapplicable, on s'efforcera d'obtenir du certificateur les renseignements complémentaires voulus, car les autres règles de sélection et de modifications sont un peu arbitraires et ne permettent pas toujours un choix satisfaisant de la cause initiale. Si l'on ne peut obtenir ces renseignements, les règles suivantes de sélection et de modification doivent être appliquées.

Règle 1.

Si le Principe général ne s'applique pas et qu'il est indiqué un enchaînement aboutissant à l'affection mentionnée en premier lieu sur le certificat, choisir la cause première de cet enchaînement. S'il y a plusieurs enchaînements aboutissant à l'affection mentionnée en premier lieu, choisir la cause première du premier enchaînement.

Exemple 11 : I (a) Bronchopneumopathie
(b) Infarctus cérébral et cardiopathie hypertensive

Choisir infarctus cérébral (I63.9). Il y a deux enchaînements mentionnés aboutissant à l'affection notée en premier lieu sur le certificat; bronchopneumopathie due à un infarctus cérébral et bronchopneumopathie due à une cardiopathie hypertensive. La cause première de la première séquence mentionnée est choisie.

Exemple 12 : I (a) Varices oesophagiennes et insuffisance cardiaque congestive
(b) Cardiopathie rhumatismale chronique et cirrhose du foie

Choisir cirrhose du foie (K74.6). La séquence aboutissant à l'affection notée en premier lieu sur le certificat est varices oesophagiennes dues à une cirrhose du foie.

Exemple 13 : I (a) Infarctus aigu du myocarde
(b) Cardiopathie artérioscléreuse
(c) Grippe

Choisir cardiopathie artérioscléreuse. L'enchaînement mentionné aboutissant à l'affection notée en premier lieu sur le certificat est l'infarctus aigu du myocarde dû à une

CLASSIFICATION INTERNATIONALE DES MALADIES

cardiopathie artérioscléreuse. Mais la règle C de modification s'applique également *ce qui modifie ce choix*; voir exemple 45.

Exemple 14 : I (a) Péricardite
(b) Urémie et pneumonie

Choisir urémie. Il y a deux enchaînements mentionnés aboutissant à l'affection figurant en premier lieu sur le certificat; péricardite due à l'urémie et péricardite due à la pneumonie. La cause première de l'enchaînement mentionné en premier est choisie. Mais la règle D de modification s'applique également *ce qui modifie ce choix*; voir exemple 60.

Exemple 15 : I (a) Infarctus cérébral et pneumopathie hypostatique
(b) Hypertension et diabète
(c) Artériosclérose

Choisir artériosclérose. Il y a deux enchaînements mentionnés aboutissant à l'affection notée en premier lieu sur le certificat; infarctus cérébral dû à l'hypertension due à l'artériosclérose, et infarctus cérébral dû au diabète. La cause première de l'enchaînement mentionné en premier est choisie. Mais la règle C de modification s'applique également *ce qui modifie ce choix*; voir exemple 46.

La règle 1 n'est applicable que si le certificat mentionne un enchaînement aboutissant à l'affection entrée en premier sur le certificat; sinon, il convient d'appliquer la règle 2.

Règle 2.

Lorsqu'il n'est indiqué aucun enchaînement aboutissant à l'affection mentionnée en premier lieu sur le certificat, choisir cette première affection.

Exemple 16 : I (a) Anémie pernicieuse et gangrène
(b) du pied
(c) Artériosclérose

Choisir anémie pernicieuse (D51.0). Il n'y a pas d'enchaînement mentionné aboutissant à l'affection figurant en premier lieu.

MORTALITÉ

Exemple 17 : I (a) Maladie cardiaque rhumatismale et artérioscléreuse

Choisir cardiopathie rhumatismale (I09.9). Il n'y a pas d'enchaînement mentionné; les deux affections sont sur la même ligne.

Exemple 18 : I (a) Fibrose kystique du pancréas
(b) Bronchite et bronchectasie

Choisir fibrose kystique du pancréas (E84.9). Aucun enchaînement n'est mentionné.

Exemple 19 : I (a) Sénilité et pneumopathie hypostatique
(b) Polyarthrite rhumatoïde

Choisir sénilité. Il y a un enchaînement mentionné - pneumopathie hypostatique due à la polyarthrite rhumatoïde - mais certainement n'aboutit pas à l'affection figurant en premier lieu sur le certificat. Mais la règle A de modification s'applique, *ce qui modifie ce choix*; voir exemple 33.

Exemple 20 : I (a) Bursite et colite ulcéreuse

Choisir bursite. Il n'y a pas d'enchaînement mentionné. Mais la règle B de modification s'applique également *ce qui modifie ce choix*; voir exemple 41.

Exemple 21 : I (a) Néphrite aiguë, scarlatine.

Choisir néphrite aiguë. Il n'y a pas d'enchaînement mentionné. Mais la règle 3 s'applique également *ce qui modifie ce choix*; voir exemple 28.

CLASSIFICATION INTERNATIONALE DES MALADIES

En effet, si l'affection choisie par application des règles ci-dessus est incontestablement une conséquence directe d'une affection qui n'a pas été inscrite dans l'ordre étiologique correct, par exemple dans la partie II ou sur la même ligne de la partie I, il faut appliquer la règle 3 et retenir l'affection primitive. Cependant, pareil choix n'est possible que si la relation de cause à effet entre les deux affections est certaine; il ne suffit pas de considérer qu'une telle relation aurait été acceptable, si le certificateur l'avait mentionnée.

Règle 3

Lorsque l'affection choisie par application du Principe général ou des règles 1 ou 2 est manifestement une conséquence directe d'une autre affection mentionnée, que ce soit dans la partie I ou dans la partie II, choisir cette affection primitive.

Conséquences directes acceptables d'une autre affection

Le sarcome de Kaposi, la tumeur de Burkitt et toute autre tumeur maligne des tissus lymphoïde, hématopoïétique et apparentés, classables à C46.- ou C81-C96, doivent être considérés comme conséquence directe d'une maladie due au VIH, lorsqu'elle est mentionnée. Cette déduction ne doit pas être faite pour d'autres types de tumeur maligne.

Toute maladie infectieuse classable à A00-B-19, B25-B49, B58, B64, B99 ou J12-J18 doit être considérée comme conséquence directe du VIH quand il est mentionné.

Certaines complications postopératoires (pneumopathie (toutes formes), hémorragie, thrombophlébite, embolie, thrombose, septicémie, arrêt cardiaque, insuffisance rénale (aiguë), fausse route, atélectasie et infarctus) peuvent être considérées comme conséquences directes d'une opération, à moins que cette dernière n'ait été effectuée quatre semaines ou plus avant le décès.

MORTALITÉ

La pneumopathie lobaire, sans précision (J18.1) doit être considérée comme conséquence directe du syndrome de dépendance alcoolique (F10.2). Toute pneumopathie (J12-J18) peut être acceptée comme conséquence manifeste de toute maladie affaiblissant le système immunitaire. La pneumopathie classable à J18.0 et J18.2-J18.9 peut être considérée comme conséquence manifeste de maladies cachectisantes (telle qu'une tumeur maligne ou une malnutrition), et de maladies provoquant une paralysie (telle qu'une hémorragie ou une thrombose cérébrale), de graves atteintes respiratoires, des maladies transmissibles et des traumatismes graves.

La pneumopathie classable à J18.0, J18.2-J18.9, J69.0 et J69.8 doit aussi être considérée comme conséquence manifeste de maladies qui affectent le processus de déglutition. D'autres affections communément secondaires (comme l'embolie pulmonaire, les escarres et la cystite) peuvent être considérées comme conséquences manifestes de maladies cachectisantes (telle qu'une tumeur maligne ou une malnutrition) et de maladies provoquant une paralysie (telle qu'une hémorragie ou une thrombose cérébrale), des maladies transmissibles et des traumatismes graves. Toutefois, ces affections secondaires ne doivent pas être considérées comme conséquence manifeste de graves atteintes respiratoires.

La pneumopathie classable à J18.- (sauf la pneumopathie lobaire) mentionnée avec immobilité ou mobilité réduite doit être codée à J18.2.

Les affections codées aux catégories suivantes doivent être considérées comme conséquences manifestes des affections figurant sur la liste des maladies cachectisantes et paralysantes. Les affections des catégories marquées d'un 'P' (Possible) ne doivent être considérées comme conséquences manifestes des affections figurant sur la liste des maladies cachectisantes et paralysantes que si elles remplissent la condition indiquée en dernière colonne.

CLASSIFICATION INTERNATIONALE DES MALADIES

Code(s)	Description	Possibilité	Condition
I26.0- I26.9	Embolie pulmonaire		
I74.2- I74.4	Embolie artérielle et thrombose des extrémités		
I80.1- I80.3	Phlébite and thrombo-phlébite des extrémités inférieures		
I80.9	Phlébite and thrombo-phlébite de localisaation non précisée		
I82.9	Embolie and thrombose de veine non précisée		
K55.0	Troubles vasculaires aigus de l'intestin	P	L'affection codée en K55.0 doit être précisée embolique
K56.4	Autres obstructions de l'intestin		
K59.0	Constipation		
L89	Ulcère de décubitus		
N10- N12	Néphrite tubulo-interstitielle	P	Maladies causant une paralysie ou une impossibilité de contrôler la vessie
N28.0	Ischémie et infarctus du rein	P	L'affection codée en N28.0 doit être une embolie de l'artère rénale

MORTALITÉ

Code(s)	Description	Possibilité	Condition
N30.0- N30.2	Cystite aiguë , interstitielle et autres cystites chroniques	P	Maladies causant une paralysie ou une impossibilité de contrôler la vessie
N30.9	Cystite, sans précision	P	Maladies causant une paralysie ou une impossibilité de contrôler la vessie
N31	Dysfonctionnement neuromusculaire de la vessie		
N34.0- N34.2	Urétrite	P	Maladies causant une paralysie ou une impossibilité de contrôler la vessie
N35.1- N35.9	Rétrécissement urétral (non-traumatique)	P	Maladies causant une paralysie ou une impossibilité de contrôler la vessie
N39.0	Infection des voies urinaires, siège non précisé	P	Maladies causant une paralysie ou une impossibilité de contrôler la vessie

CLASSIFICATION INTERNATIONALE DES MALADIES

Toute maladie décrite ou qualifiée d'"embolique" peut être considérée comme conséquence directe d'une thrombose veineuse, d'une phlébite ou d'une thrombophlébite, d'une cardiopathie valvulaire, d'une fibrillation auriculaire, d'un accouchement ou de toute opération. Toutefois, il doit exister un chemin direct entre la localisation de la thrombose et la localisation de l'embolie. Ainsi, des thromboses veineuses ou des thrombophlébites peuvent entraîner une embolie pulmonaire. Les thrombus se formant dans le coeur gauche (par exemple, sur les valvules mitrale ou aortique) ou dues à une fibrillation auriculaire, peuvent entraîner des embolies dans les artères du corps., De même, les thrombus se formant dans le coeur droit (valvules tricuspide et pulmonaire) peuvent entraîner des embolies artérielles pulmonaires. De plus, des thrombus se formant dans le coeur gauche peuvent passer dans le coeur droit en cas d'anomalie septale.

Une embolie artérielle de la grande circulation doit être considérée comme conséquence manifeste de la fibrillation auriculaire. Si l'embolie pulmonaire est déclarée due à une fibrillation auriculaire, l'enchaînement sera accepté. Toutefois, l'embolie pulmonaire ne doit pas être considérée comme conséquence manifeste de la fibrillation auriculaire.

La démence, sans indication de cause, doit être considérée comme conséquence des affections qui entraînent des dommages cérébraux irréversibles, Toutefois, si une cause précise est indiquée, seule une affection qui **peut** entraîner des dommages cérébraux irréversibles sera acceptée comme cause de la démence, même si les dommages cérébraux irréversibles ne sont pas une complication typique de l'affection.

Toute maladie décrite comme secondaire doit être considérée comme conséquence directe de la cause primitive la plus probable notée sur le certificat.

Une anémie, une malnutrition, un marasme ou une cachexie secondaires ou non précisés peuvent être considérés comme conséquence de toute tumeur maligne, maladie paralysante ou maladie qui limite la faculté de prendre soin de soi, comme la démence ou les troubles dégénératifs du système nerveux central.

Toute pyélonéphrite peut être considérée comme conséquence d'une rétention d'urine due à des affections comme une hyperplasie de la prostate ou une sténose urétrale.

MORTALITÉ

Une néphrite ou une glomérulonéphrite peut être considérée comme conséquence de toute infection streptococcique (scarlatine, angine à streptocoques, etc.).

L'insuffisance rénale aiguë doit être considérée comme conséquence manifeste d'une infection urinaire, sauf s'il est indiqué que l'insuffisance rénale est antérieure à l'insuffisance rénale aiguë.

Une déshydratation peut être considérée comme conséquence de toute maladie intestinale infectieuse.

Une opération effectuée sur un organe donné doit être considérée comme due à toute affection chirurgicale (telle qu'une tumeur maligne ou un traumatisme) du même organe mentionnée ailleurs sur le certificat.

Exemple 22 : I (a) Sarcome de Kaposi
II SIDA

Choisir maladie par VIH à l'origine d'un sarcome de Kaposi (B21.0)

Exemple 23 : I (a) Cancer de l'ovaire
II Maladie due au VIH

Choisir tumeur maligne de l'ovaire (C56).

Exemple 24 : I (a) Tuberculose
II Maladie due au VIH

Choisir maladie par VIH, à l'origine d'une infection myobactérienne (B20.0)

Exemple 25 : I (a) Toxoplasmose cérébrale et zona
(b) Lymphome de Burkitt, maladie due au VIH

Choisir maladie par VIH à l'origine des maladies multiples classées ailleurs (B22.7). La toxoplasmose cérébrale, choisie par la règle 2 peut être considérée comme conséquence directe de la maladie due au VIH.

CLASSIFICATION INTERNATIONALE DES MALADIES

- Exemple 26 :* I (a) Bronchopneumopathie
II Anémie secondaire et leucémie lymphoïde chronique

Choisir leucémie lymphoïde chronique (C91.1), comme cause initiale. La bronchopneumopathie choisie par application du Principe général (voir exemple 10), et l'anémie secondaire peuvent toutes deux être considérées comme conséquences directes de la leucémie lymphoïde chronique.

- Exemple 27 :* I (a) Hémorragie cérébrale
(b) Hypertension
(c) Pyélonéphrite chronique et obstruction prostatique

Choisir obstruction prostatique (N40). La pyélonéphrite chronique choisie par application de la règle 1 peut être considérée comme conséquence directe de l'obstruction prostatique.

- Exemple 28 :* I (a) Néphrite aiguë, scarlatine

Choisir scarlatine (A38). La néphrite aiguë choisie par application de la règle 2 (voir exemple 21), peut être considérée comme conséquence directe de la scarlatine.

- Exemple 29 :* I (a) Néphrectomie
II Tumeur maligne du rein

Choisir tumeur maligne du rein (C64). Il ne fait pas de doute que la néphrectomie a été effectuée en raison de la tumeur maligne du rein.

- Exemple 30 :* I (a) Anémie aiguë
(b) Hématémèse
(c) Varices oesophagiennes hémorragiques
(d) Hypertension portale
II Cirrhose du foie

Choisir cirrhose du foie (K74.6). L'hypertension portale, choisie par application du Principe général, peut être considérée comme conséquence directe de la cirrhose du foie.

MORTALITÉ

Exemple 31 : I (a) Pneumopathie hypostatique
(b) hémorragie cérébrale et cancer du sein

Choisir hémorragie cérébrale (I61.9). La pneumopathie hypostatique, choisie par application de la règle 2, peut être considérée comme conséquence directe d'une des deux autres maladies mentionnées; la première mentionnée est choisie.

Exemple 32 : I (a) Infarctus pulmonaire
II Pneumonectomie gauche pour tumeur maligne du poumon, trois semaines auparavant

Choisir tumeur maligne du poumon (C34.9).

4.1.7 Résumé du Principe général et des règles de sélection

Principe général

Le Principe général stipule que lorsque plus d'une affection est notée sur le certificat, l'affection mentionnée seule à la dernière ligne utilisée de la partie I ne doit être choisie que si elle a pu donner naissance à toutes les autres affections mentionnées aux lignes précédentes.

Règles de sélection

Règle 1.

Si le Principe général ne s'applique pas et qu'il est indiqué un enchaînement aboutissant à l'affection mentionnée en premier lieu sur le certificat, choisir la cause première de cet enchaînement comme cause initiale. S'il y a plusieurs enchaînements aboutissant à l'affection mentionnée en premier lieu, choisir la cause première du premier enchaînement.

Règle 2.

Lorsqu'il n'est indiqué aucun enchaînement aboutissant à l'affection mentionnée en premier lieu sur le certificat, choisir cette première affection comme cause initiale.

Règle 3.

Lorsque l'affection choisie par application du Principe général ou des règles 1 et 2 est manifestement une conséquence directe d'une autre affection mentionnée, que ce soit dans la partie I ou la partie II, choisir cette affection primitive.

4.1.8 Modification de la cause choisie

La cause de décès choisie n'est pas nécessairement la plus utile ou la plus intéressante pour la mise en tableaux. Par exemple, si la sénilité ou une maladie généralisée comme l'hypertension ou l'artériosclérose a été choisie, il aurait été plus utile d'avoir choisi une manifestation ou un résultat du vieillissement ou d'une maladie. Parfois, il peut être nécessaire de modifier le choix pour se conformer aux dispositions de la classification prescrivant qu'on attribue un seul code pour deux ou plusieurs causes signalées simultanément, ou qu'on donne la priorité à une cause particulière lorsqu'elle figure avec d'autres affections précisées.

Les règles de modification qui suivent sont destinées à améliorer l'utilité et la précision des données de mortalité et doivent être appliquées après sélection de la cause première. Dans un but de clarté, les processus de sélection et de modification ont été séparés.

Certaines règles de modification supposent une nouvelle application des règles de sélection, ce qui ne sera pas difficile pour des codeurs expérimentés, mais il est important de bien étudier le processus de sélection, de modification et, si nécessaire, de nouveau choix.

4.1.9 Règles de modification

Règle A. Sénilité et autres états mal définis

Lorsque la cause choisie est mal définie et qu'une affection classée ailleurs est mentionnée sur le certificat, il faut procéder à un nouveau choix de la cause de décès comme si l'affection mal définie n'avait pas été mentionnée, sauf si cette affection modifie le classement.

MORTALITÉ

Sont considérées comme mal définies les affections suivantes : I46.9 (Arrêt cardiaque, sans précision), I95.9 (Hypotension, sans précision), I99 (Troubles autres et non précisés de l'appareil circulatoire), J96.0 (Insuffisance respiratoire aiguë), J96.9 (Insuffisance respiratoire, sans précision), R00-R94 et R96-R99 (Symptômes, signes et résultats anormaux d'examens cliniques et de laboratoire, non classées ailleurs).

Notez que R95 (Mort subite du nourrisson) n'est pas considérée comme mal définie.

Règle B. Affections sans gravité

Lorsque la cause choisie est une affection sans gravité, incapable par elle-même de provoquer le décès, et qu'une affection plus grave (toute affection sauf une affection mal définie ou une autre affection sans gravité) a été mentionnée, il faut faire un nouveau choix de la cause initiale comme si l'affection sans gravité n'avait pas été mentionnée. Si le décès résultait d'une réaction indésirable au traitement de l'affection sans gravité, choisir la réaction indésirable.

Si une affection sans gravité est déclarée avoir entraîné toute autre affection, l'affection sans gravité n'est pas rejetée et la règle B ne s'applique pas.

Règle C. Causes liées

Lorsque la cause choisie est liée à une ou plusieurs autres affections mentionnées sur le certificat par une disposition figurant dans la classification ou dans les notes destinées au codage des causes initiales de mortalité, c'est d'après l'association d'affections qu'il faut coder.

Lorsque la disposition en question prévoit seulement l'association d'une affection spécifiée comme étant due à telle autre, ne classer d'après l'association que lorsque la relation de cause à effet mentionnée est correcte ou peut être déduite par application des règles de sélection.

Si plusieurs relations sont possibles, retenir de préférence la relation avec l'affection qui aurait été choisie si la cause retenue auparavant n'avait pas été indiquée. Tenir compte de toute autre association possible.

Règle D. Précisions

Lorsque la cause choisie est une maladie désignée en termes généraux et que le certificat donne par ailleurs des renseignements plus précis sur la localisation ou la nature de cette maladie, classer en tenant compte de ces précisions. Cette règle sera souvent applicable lorsque le terme général peut être considéré comme l'équivalent d'un adjectif qualifiant le terme plus précis.

Règle E. Stades différents d'une maladie

Lorsque la cause choisie est un stade précoce d'une maladie, et qu'un stade plus avancé de cette maladie est indiqué ailleurs sur le certificat, classer d'après le stade le plus avancé. Cette règle ne s'applique pas à une forme "chronique" signalée comme consécutive à une forme "aiguë", sauf si la classification donne des instructions particulières à cet effet.

Règle F. Séquelles

Lorsque la cause choisie est un stade précoce d'une maladie dont les séquelles font l'objet d'une rubrique distincte de la classification et que, de toute évidence, le décès est dû aux séquelles de cette maladie plutôt qu'à sa forme active, classer à la catégorie appropriée, "Séquelles de ...".

Les catégories de "Séquelles de ..." sont les suivantes : B90-B94, E64.-, E68, G09, I69, O97 et Y85-Y89.

4.1.10 Exemples de l'application des règles de modification

Règle A. Sénilité et autres états mal définis

Lorsque la cause choisie est mal définie et qu'une affection classée ailleurs est mentionnée sur le certificat, il faut procéder à un nouveau choix de la cause de décès comme si l'affection mal définie n'avait pas été mentionnée, sauf si cette affection modifie le classement.

Sont considérées comme mal définies les affections suivantes : I46.9 (Arrêt cardiaque, sans précision), I95.9 (Hypotension, sans précision), I99 (Troubles autres et non précisés de l'appareil circulatoire), J96.0 (Insuffisance respiratoire aiguë), J96.9 (Insuffisance respiratoire, sans précision), R00-R94 et R96-R99 (Symptômes, signes et résultats anormaux d'examens cliniques et de laboratoire, non classés ailleurs).

MORTALITÉ

Notez que R95 (Mort subite du nourrisson) n'est pas considérée comme mal définie.

Exemple 33 : I (a) Sénilité et pneumopathie hypostatique
(b) Polyarthrite rhumatoïde

Classer à polyarthrite rhumatoïde (M06.9). La sénilité, choisie par application de la règle 2 (voir exemple 19), est ignorée et le Principe général est appliqué.

Exemple 34 : I (a) Anémie
(b) Splénomégalie

Classer à anémie splénomégalique (D64.8). La splénomégalie choisie par application du Principe général modifie le codage.

Exemple 35 : I (a) Dégénérescence du myocarde et
(b) emphysème
(c) Sénilité

Classer à dégénérescence du myocarde (I51.5). La sénilité, choisie par application du Principe général, est ignorée et la règle 2 est appliquée.

Exemple 36 : I (a) Toux et hématomène

Classer à hématomène (K92.0). La toux, choisie par application de la règle 2 est ignorée.

Exemple 37 : I (a) Pneumopathie terminale
(b) Gangrène extensive et
(c) infarctus cérébrovasculaire

Classer à infarctus cérébrovasculaire (I63.9). La gangrène, choisie par application de la règle 1, est ignorée et le Principe général est appliqué.

Règle B. Affections sans gravité

(A) Lorsque la cause choisie est une affection sans gravité, incapable par elle-même de provoquer le décès, et qu'une affection plus grave a été mentionnée, il faut faire un nouveau choix de la cause initiale comme si l'affection sans gravité n'avait pas été mentionnée.

Exemple 38 : I (a) Carie dentaire
II Diabète

Classer à Diabète (E14.9). La carie dentaire, choisie par application du Principe général, est ignorée.

Exemple 39 : I (a) Ongle incarné et insuffisance rénale aiguë

Classer à insuffisance rénale aiguë (N17.9). L'ongle incarné, choisi par application de la règle 2, est ignoré.

(B) Si le décès résultait d'une réaction indésirable au traitement de l'affection sans gravité, choisir la réaction indésirable.

Exemple 40 : I (a) Hémorragie au cours d'une intervention chirurgicale
(b) Amygdalectomie
(c) Hypertrophie des amygdales

Classer à hémorragie pendant une intervention chirurgicale (Y60.0). Coder à la réaction indésirable au traitement de l'hypertrophie des amygdales, choisie suivant le Principe Général.

(C) Si une affection sans gravité est déclarée avoir entraîné toute autre affection, l'affection sans gravité n'est pas rejetée et la règle B ne s'applique pas.

Exemple 41 : I (a) Septicémie
(b) Impétigo

Classer à Impétigo (L01.0) (K51.9).
L'affection sans gravité sélectionnée par le Principe Général n'est pas rejetée, car elle est déclarée cause d'une autre affection.

Exemple 42 : I (a) Insuffisance respiratoire
(b) Infection respiratoire supérieure

Classer à Infection des voies respiratoires supérieures.
L'affection sans gravité sélectionnée par le Principe Général n'est pas rejetée, car elle est déclarée cause d'une autre affection..

Règle C. Causes liées

Lorsque la cause choisie est liée à une ou plusieurs autres affections mentionnées sur le certificat par une disposition figurant dans la classification, ou dans les notes destinées au codage des causes initiales de mortalité, c'est d'après l'association d'affections qu'il faut coder.

Lorsque la disposition en question prévoit seulement l'association d'une affection spécifiée comme étant due à telle autre, ne classer d'après l'association que lorsque la relation de cause à effet mentionnée est correcte ou peut être déduite par application des règles de sélection.

Si plusieurs relations sont possibles, retenir de préférence la relation avec l'affection qui aurait été choisie si la cause retenue auparavant n'avait pas été indiquée. Tenir compte de toute autre relation possible.

Exemple 43 : I (a) Occlusion intestinale
(b) Hernie crurale

Classer à hernie crurale avec occlusion (K41.3)

Exemple 44 : I (a) Bloc de branche droit et maladie de Chagas

Classer à maladie de Chagas avec atteinte cardiaque (B57.2).
Le bloc de branche droit, choisi par application de la règle 2, est associé à la maladie de Chagas.

Exemple 45 : I (a) Infarctus aigu du myocarde
(b) Cardiopathie artérioscléreuse
(c) Grippe

CLASSIFICATION INTERNATIONALE DES MALADIES

Classer à infarctus aigu du myocarde (I21.9). La cardiopathie artérioscléreuse, choisie par application de la règle 1 (voir exemple 13), est associée à l'infarctus aigu du myocarde.

Exemple 46 : I (a) Infarctus cérébral et pneumopathie hypostatique
(b) Hypertension et diabète
(c) Artériosclérose

Classer à infarctus cérébral (I63.9). L'artériosclérose, choisie par application de la règle 1 (voir exemple 15), est associée à l'hypertension qui elle-même est associée à l'infarctus cérébral.

Exemple 47 : I (a) Dilatation cardiaque et sclérose rénale
(b) Hypertension

Classer à cardionéphropathie hypertensive (I13.9). Les trois affections sont associées.

Exemple 48 : I (a) Accident vasculaire cérébral
(b) Artériosclérose et cardiopathie
(c) hypertensive

Classer à cardiopathie hypertensive (I11.9). L'artériosclérose, choisie par application de la règle 1, est associée à la cardiopathie hypertensive du fait que cette dernière aurait été choisie par application du Principe général si l'artériosclérose n'avait pas été mentionnée.

Exemple 49 : I (a) Accident vasculaire cérébral et
(b) cardiopathie hypertensive
(c) Athérome

Classer à accident vasculaire cérébral (I64). L'athérome, choisi par application du Principe général, est associé à l'accident vasculaire cérébral étant donné que cette affection aurait été choisie par application de la règle 2 si l'athérome n'avait pas été mentionné.

MORTALITÉ

Exemple 50 : I (a) Polycythémie secondaire
(b) Emphysème pulmonaire
(c) Bronchite chronique

Classer à bronchite obstructive chronique (J44.8). La bronchite chronique, choisie par application du Principe général, est associée à l'emphysème.

Exemple 51 : I (a) Dilatation cardiaque
(b) Hypertension
II Atrophie des reins

Classer à cardionéphropathie hypertensive (I13.9). Les trois affections sont associées.

Exemple 52 : I (a) Bronchopneumopathie (fausse route)
(b) Convulsions
(c) Méningite tuberculeuse
II Tuberculose pulmonaire

Classer à tuberculose pulmonaire (A16.2). La méningite tuberculeuse choisie par application du Principe général ne doit pas être utilisée avec mention de tuberculose pulmonaire.

Exemple 53 : I (a) Fracture occipitale
(b) Chute après convulsions épileptiques

Classer à convulsions épileptiques (G40.9). La chute, choisie par application de la règle 1, est liée aux convulsions épileptiques.

Exemple 54 : I (a) Arrêt cardiaque
II Maladie de Chagas

Classer à maladie de Chagas avec atteinte cardiaque (B57.2). L'arrêt cardiaque, choisi par application du Principe général, est lié à la maladie de Chagas.

Exemple 55: I (a) Pneumopathie à *Pneumocystis carinii* [jirovecii]
(b) VIH

Classer à B20.6. le VIH, choisi par application du Principe général, est lié à la pneumopathie à *Pneumocystis carinii* [jirovecii]

Exemple 56: I (a) Insuffisance respiratoire
(b) VIH

Classer à B24. L'insuffisance respiratoire est une affection mal définie et n'est liée à aucune des catégories B20-B23.

Règle D. Précisions

Lorsque la cause choisie est une maladie désignée en termes généraux et que le certificat donne par ailleurs des renseignements plus précis sur la localisation ou la nature de cette maladie, classer en tenant compte de ces précisions. Cette règle sera souvent applicable lorsque le terme général peut être considéré comme l'équivalent d'un adjectif qualifiant le terme plus précis.

Exemple 57 : I (a) Infarctus cérébral
(b) Accident vasculaire cérébral

Classer à infarctus cérébral (I63.9).

Exemple 58 : I (a) Cardiopathie rhumatismale, rétrécissement mitral

Classer à rétrécissement mitral rhumatismal (I05.0).

Exemple 59 : I (a) Méningite
(b) Tuberculose

Classer à méningite tuberculeuse (A17.0). Les affections sont indiquées dans l'ordre correct de relation de cause à effet.

MORTALITÉ

Exemple 60 : I (a) Hypertension grave au cours de la grossesse
II Convulsions éclamptiques

Classer à éclampsie au cours de la grossesse (O15.0).

Exemple 61 : I (a) Anévrisme de l'aorte
(b) Syphilis

Classer à anévrisme syphilitique de l'aorte (A52.0). Les affections sont indiquées dans l'ordre correct de cause à effet.

Exemple 62 : I (a) Péricardite
(b) Urémie et pneumopathie

Classer à péricardite urémique (N18.8). L'urémie, choisie par application de la règle 1 (voir exemple 14), modifie la péricardite.

Règle E. Stades différents d'une maladie

Lorsque la cause choisie est un stade précoce d'une maladie, et qu'un stade plus avancé de cette maladie est indiqué ailleurs sur le certificat, classer d'après le stade le plus avancé. Cette règle ne s'applique pas à une forme "chronique" signalée comme consécutive à une forme "aiguë", sauf si la classification donne des instructions particulières à cet effet.

Exemple 63 : I (a) Syphilis tertiaire
(b) Syphilis primaire

Classer à syphilis tertiaire (A52.9).

Exemple 64 : I (a) Eclampsie au cours de la grossesse
(b) Prééclampsie

Classer à éclampsie au cours de la grossesse (O15.0).

CLASSIFICATION INTERNATIONALE DES MALADIES

Exemple 65 : I (a) Myocardite chronique
(b) Myocardite aiguë

Classer à myocardite aiguë (I40.9).

Exemple 66 : I (a) Néphrite chronique
(b) Néphrite aiguë

Classer à néphrite chronique sans précision (N03.9), une instruction spéciale étant donnée à cet effet.

Règle F. Séquelles

Lorsque la cause choisie est un stade précoce d'une maladie dont les séquelles font l'objet d'une rubrique distincte de la classification et que, de toute évidence, le décès est dû aux séquelles de cette maladie plutôt qu'à sa forme active, classer à la catégorie appropriée, "Séquelles de ..."

Les catégories de "Séquelles de ..." sont les suivantes : B90-B94, E64.-, E68, G09, I69, O97 et Y85-Y89.

Exemple 67 : I (a) Fibrose pulmonaire
(b) Tuberculose pulmonaire ancienne

Classer à séquelles de tuberculose des voies respiratoires (B90.9).

Exemple 68 : I (a) Bronchopneumopathie
(b) Courbure de la colonne vertébrale
(c) Rachitisme dans l'enfance

Classer à séquelles de rachitisme (E64.3).

Exemple 69 : I (a) Hydrocéphalie
(b) Méningite tuberculeuse

Classer à séquelles de méningite tuberculeuse (B90.0).

MORTALITÉ

Exemple 70 : I (a) Pneumopathie hypostatique
(b) Hémiplégie
(c) Accident vasculaire cérébral (10 ans)

Classer à séquelles d'accident vasculaire cérébral (I69.4).

Exemple 71 : I (a) Néphrite chronique
(b) Scarlatine

Classer à séquelles de maladies infectieuses et parasitaires, autres et non précisées (B94.8). Le qualificatif de "chronique" ajouté à la néphrite implique que la scarlatine n'est plus en phase évolutive.

4.1.11 Notes pour le codage de la cause initiale de mortalité

Les notes suivantes indiquent souvent que si le code provisoirement choisi, mentionné dans la colonne de gauche, existe avec l'une des affections énumérées en dessous, le code à utiliser est celui qui figure en caractère gras. Il y a deux types d'association :

"avec mention de" signifie que l'autre affection peut exister ailleurs sur le certificat;

"quand indiquée comme cause première de" signifie que l'autre affection doit figurer dans l'ordre correct de relation de cause à effet ou être indiquée comme étant "due à" la cause première.

A00-B99 Certaines maladies infectieuses et parasitaires

A l'exception de immunodéficience humaine virale [VIH] (B20-B24), *quand indiquée comme cause première d'une tumeur maligne*, coder à **C00-C97**.

CLASSIFICATION INTERNATIONALE DES MALADIES

- A15.- Tuberculose de l'appareil respiratoire, avec confirmation bactériologique et histologique
A16.- Tuberculose de l'appareil respiratoire, sans confirmation bactériologique ou histologique

avec mention de :

J60-J64 (Pneumoconiose), coder **J65**

- A17.- Tuberculose du système nerveux
A18.- Tuberculose d'autres organes

avec mention de :

A15 ou A16 (Tuberculose des voies respiratoires), coder **A15**, **A16**, sauf si elle est indiquée comme étant la cause première et avec une durée dépassant celle de l'affection classée en A15.- ou A16.-

- A39.2 Méningococcémie aiguë
A39.3 Méningococcémie chronique
A39.4 Méningococcémie, sans précision

avec mention de :

A39.0 (Méningite à méningococques), coder **A39.0**
A39.1 (Syndrome de Waterhouse-Friderichsen), coder **A39.1**

- A40.- Septicémie à streptocoques
A41.- Autres septicémies
A46 Erysipèle

Classer à ces maladies quand elles font suite à un traumatisme superficiel (toute affection à S00, S10, S20, S30, S40, S50, S60, S70, S80, S90, T00, T09.0, T11.0), ou une brûlure du premier degré; quand elles font suite à un traumatisme plus grave, classer à la cause externe du traumatisme.

MORTALITÉ

- B16.- Hépatite aiguë B
B17.- Autres hépatites virales aiguës

quand indiquée comme cause première de:

K72.1 (Insuffisance hépatique chronique), classer à **B18.-**
K74.0-K74.2, K74.4-K74.6 (Fibrose et cirrhose du foie), classer à **B18.-**

B20-B24 Maladies dues au virus de l'immunodéficience humaine [VIH]

Les modes de décès, les affections mal définies ou sans gravité déclarés dus à l'infection par VIH ne doivent être liés aux catégories B20-B23 que s'il existe une entrée spécifique dans le Volume 3.

Les affections que l'on peut classer dans deux sous-catégories ou plus de la même catégorie doivent être codées à la sous-catégorie .7 de la catégorie en question (B20 ou B21). Si on veut obtenir une meilleure information, des codes supplémentaires provenant du bloc B20-B24 peuvent être utilisés pour préciser chacune des affections énumérées.

B22.7 Maladie par VIH à l'origine de maladies multiples classées ailleurs

Cette sous-catégorie doit être utilisée quand des affections que l'on peut classer à deux catégories ou plus de B20-B22 sont énumérées sur le certificat. Si on le désire, des codes supplémentaires provenant du bloc B20-B24 peuvent être utilisés pour préciser chacune des affections énumérées.

B95-B97 Agents d'infections bactériennes, virales et autres

Ne doit pas être utilisé pour le codage de la cause initiale de mortalité.

CLASSIFICATION INTERNATIONALE DES MALADIES

D50-D89 Maladies du sang et des organes hématopoïétiques et certains troubles du système immunitaire

comme cause de:

B20-B24 Maladies dues au virus de l'immunodéficience humaine [VIH] et que le certificat indique que la maladie à VIH résulte d'une transfusion effectuée pour traiter l'affection initiale classer à **B20-B24**

E86 Hypovolémie

avec mention de :

A00-A09 (Maladies intestinales infectieuses), coder **A00-A09**

E89.- Anomalies endocriniennes et métaboliques après un acte à visée diagnostique et thérapeutique, non classées ailleurs

Ne doit pas être utilisé pour le codage de la cause initiale de mortalité. Voir Opérations, page 103.

F01-F09 Troubles mentaux organiques, y compris les troubles symptomatiques

Ne doivent pas être utilisés si la maladie physique initiale est connue.

MORTALITÉ

F10-F19 Troubles mentaux et du comportement liés à l'utilisation de substances psycho-actives

avec mention de:

X40-X49 (Intoxication accidentelle par des substances nocives et exposition à ces substances),
coder **X40-X49**

X60-X69 (Lésions auto-infligées par des substances nocives et exposition à ces substances),
coder **X60-X69**

X85-X90 (Aggression par substances nocives),
coder **X85-X90**

Y10-Y19 (Intoxication d'intention indéterminée par des substances nocives et exposition à ces substances),

coder **Y10-Y19**

Avec le quatrième caractère .0 (Intoxication aiguë),
coder **X40-X49, X60-X69, X85-X90** ou **Y10-Y19**

Avec le quatrième caractère.5 (Trouble psychotique) **avec mention d'un Syndrome de dépendance (.2)**, coder **F10-F19** avec le quatrième caractère **.2**.

F10.- Troubles mentaux et du comportement liés à l'utilisation d'alcool

avec mention de :

E24.4 (Syndrome de Cushing dû à l'alcool), coder **E24.4**

G31.2 (Dégénérescence du système nerveux liée à l'alcool), coder **G31.2**

G62.1 (Polynévrite alcoolique), coder **G62.1**

G72.1 (Myopathie alcoolique), coder **G72.1**

I42.6 (Cardiomyopathie alcoolique), coder **I42.6**

K29.2 (Gastrite alcoolique), coder **K29.2**

K70.- (Maladie alcoolique du foie), coder **K70.-**

K72.- (Insuffisance hépatique, non classée ailleurs), coder **K70.4**

K73.- (Hépatite chronique, non classée ailleurs), coder **K70.1**

K74.0 (Fibrose hépatique), coder **K70.2**

K74.1 (Sclérose hépatique), coder **K70.2**

CLASSIFICATION INTERNATIONALE DES MALADIES

- K74.2 (Fibrose hépatique avec sclérose hépatique), coder **K70.2**
- K74.6 (Cirrhoses du foie, autres et sans précision), coder **K70.3**
- K75.9 (Maladie inflammatoire du foie, sans précision), coder **K70.1**
- K76.0 (Dégénérescence graisseuse du foie, non classée ailleurs), coder **K70.0**
- K76.9 (Maladie du foie, sans précision), coder **K70.9**
- K86.2 (Pancréatite aiguë alcoolique), coder **K85.2**
- K86.0 (Pancréatite chronique alcoolique), coder **K86.0**
- O35.4 (Soins maternels pour lésions fœtales (présumées) dues à l'alcoolisme maternel), coder **O35.4**

F10.2 Syndrome de dépendance dû à l'utilisation d'alcool

avec mention de :

F10.4, F10.6, F10.7 Syndrome de sevrage avec délirium, syndrome amnésique, trouble résiduel ou psychotique de survenue tardive, coder **F10.4, F10.6, F10.7**

F17.- Troubles mentaux et du comportement liés à l'utilisation de tabac

Ne doit pas être utilisé si la maladie physique résultante est connue

F70-F79 Retard mental

Ne doit pas être utilisé si la maladie physique initiale est connue.

G25.5 Autres chorées

avec mention de :

I00-I02 (Rhumatisme articulaire aigu), coder **I02.-**

I05-I09 (Cardiopathies rhumatismales chroniques), coder **I02.-**

MORTALITÉ

- G81.- Hémiplégie
- G82.- Paraplégie et tétraplégie
- G83.- Autres syndromes paralytiques

Ne doit pas être utilisé si la cause de la paralysie est connue.

- G97.- Affections du système nerveux après un acte à visée diagnostique et thérapeutique, non classées ailleurs

Ne doit pas être utilisé pour le codage de la cause initiale de mortalité. Voir Opérations, page 103.

- H54.- Cécité et baisse de la vision

Ne doit pas être utilisé si l'antécédent est connu.

- H59.- Affections de l'oeil et de ses annexes après un acte à visée diagnostique et thérapeutique, non classées ailleurs

Ne doit pas être utilisé pour le codage de la cause initiale de mortalité. Voir Opérations, page 103.

- H90.- Surdité de transmission et neurosensorielle
- H91.- Autres pertes de l'audition

Ne doit pas être utilisé si l'antécédent est connu.

- H95.- Affections de l'oreille et de l'apophyse mastoïde après un acte à visée diagnostique et thérapeutique, non classées ailleurs

Ne doit pas être utilisé pour le codage de la cause initiale de mortalité. Voir Opérations, page 103.

- I05.8 Autres maladies de la valvule mitrale
- I05.9 Maladie de la valvule mitrale, sans précision

Lorsque la cause n'est pas précisée **avec mention de :**

I34.- (Atteintes non rhumatismales de la valvule mitrale), coder **I34.-**

CLASSIFICATION INTERNATIONALE DES MALADIES

I08.- Maladies de plusieurs valvules
Ne doit pas être utilisé en cas de maladies de plusieurs valvules d'origine précisée non-rhumatismale. Quand des maladies de plusieurs valvules d'origine précisée non-rhumatismale sont déclarées sur le même certificat de décès, la cause initiale doit être choisie en application du Principe général ou des Règles 1,2, ou 3 de façon habituelle.

I09.1 Endocardite rhumatismale, valvule non précisée

I09.9 Cardiopathie rhumatismale, sans précision

avec mention de :

I05-I08 (Cardiopathies rhumatismales chroniques), coder **I05-I08**.

I10 Hypertension essentielle (primitive)

avec mention de :

I11.- (Cardiopathie hypertensive), coder **I11.-**

I12.- (Néphropathie hypertensive), coder **I12.-**

I13.- (Cardionéphropathie hypertensive), coder **I13.-**

I20-I25 (Cardiopathies ischémiques), coder **I20-I25**

I60-I69 (Maladies cérébrovasculaires), coder **I60-I69**

N00.- (Syndrome néphritique aigu), coder **N00.-**

N01.- (Syndrome néphritique d'évolution rapide), coder **N01.-**

N03.- (Syndrome néphritique chronique), coder **N03.-**

N04.- (Syndrome néphrotique), coder **N04.-**

N05.- (Syndrome néphritique, sans précision), coder **N05.-**

N18.- (Insuffisance rénale chronique), coder **I12.-**

N19 (Insuffisance rénale, sans précision), coder **I12.-**

N26 (Rein scléreux, sans précision), coder **I12.-**

quand indiquée comme cause première de :

H35.0 (Autres rétinopathies et altérations vasculaires rétinienne), coder **H35.0**

I05-I09 (Affections classées en I05-I09 mais non précisées comme étant d'origine rhumatismale), coder **I34-I38**

MORTALITÉ

I34-I38 (Atteintes non rhumatismales des valvules), coder **I34-I38**

I50.- (Insuffisance cardiaque), coder **I11.0**

I51.4-I51.9 (Complications de cardiopathies et maladies cardiaques mal définies), coder **I11.-**

I11.- Cardiopathie hypertensive

avec mention de :

I12.- (Néphropathie hypertensive), coder **I13.-**

I13.- (Cardionéphropathie hypertensive), coder **I13.-**

I20-I25 (Cardiopathies ischémiques), coder **I20-I25**

N18.- (Insuffisance rénale chronique), coder **I13.-**

N19 (Insuffisance rénale, sans précision), coder **I13.-**

N26 (Rein scléreux, sans précision), coder **I13.-**

I12.- Néphropathie hypertensive

avec mention de :

I11.- (Cardiopathie hypertensive), coder **I13.-**

I13.- (Cardionéphropathie hypertensive), coder **I13.-**

I20-I25 (Cardiopathies ischémiques), coder **I20-I25**

quand indiquée comme cause première de :

I50.- (Insuffisance cardiaque), coder **I13.0**

I51.4-I51.9 (Complications de cardiopathies et maladies cardiaques mal définies), coder **I13.-**

I13.- Cardionéphropathie hypertensive

avec mention de :

I20-I25 (Cardiopathies ischémiques), coder **I20-I25**

CLASSIFICATION INTERNATIONALE DES MALADIES

- I15.0 Hypertension vasculo-rénale
Ne doit pas être utilisé si l'affection causale est connue ou peut être déduite par application de la Règle 3. Si l'affection causale n'est pas connue ou ne peut être déduite, coder I15.0.
- I15.1 Hypertension secondaire à d'autres atteintes rénales
Ne doit pas être utilisé si l'affection causale est connue ou peut être déduite par application de la Règle 3. Si l'affection causale n'est pas connue ou ne peut être déduite, coder N28.9.
- I15.2 Hypertension secondaire à des atteintes endocriniennes
Ne doit pas être utilisé si l'affection causale est connue ou peut être déduite par application de la Règle 3. Si l'affection causale n'est pas connue ou ne peut être déduite, coder E34.9.
- I15.8 Autres hypertensions secondaires
Ne doit pas être utilisé si l'affection causale est connue ou peut être déduite par application de la Règle 3. Si l'affection causale n'est pas connue ou ne peut être déduite, coder I15.8.
- I15.9 Hypertension secondaire, sans précision
Ne doit pas être utilisé si l'affection causale est connue ou peut être déduite par application de la Règle 3. Si l'affection causale n'est pas connue ou ne peut être déduite, coder I15.9.
- I20.- Angine de poitrine
I24.- Autres cardiopathies ischémiques aiguës
I25.- Cardiopathie ischémique chronique

avec mention de :

- I21.- (Infarctus aigu du myocarde), coder **I21.-**
I22.- (Infarctus du myocarde à répétition), coder **I22.-**

- I21.- Infarctus aigu du myocarde

avec mention de :

- I22.- (Infarctus du myocarde à répétition), coder **I22.-**

MORTALITÉ

I23.- Certaines complications récentes d'un infarctus aigu du myocarde

Ne doit pas être utilisé pour le codage de la cause initiale de mortalité. Utiliser le code **I21.-** ou **I22.-** suivant le cas.

I24.0 Thrombose coronaire n'entraînant pas un infarctus du myocarde

Ne doit pas être utilisé pour le codage de la cause initiale de mortalité; pour cette dernière, on suppose l'existence d'un infarctus du myocarde et le classement doit se faire à **I21.-** ou **I22.-**, suivant le cas.

I27.9 Affection cardiopulmonaire, sans précision

avec mention de :

M41.-(Scoliose), coder **I27.1**

I44.- Bloc de branche gauche et auriculoventriculaire

I45.- Autres troubles de la conduction

I46.- Arrêt cardiaque

I47.- Tachycardie paroxystique

I48 Fibrillation et flutter auriculaires

I49.- Autres arythmies cardiaques

I50.- Insuffisance cardiaque

I51.4- I51.9 Complications de cardiopathies et maladies cardiaques mal définies

avec mention de :

B57.- (Maladie de Chagas), coder **B57.-**

I20-I25 (Cardiopathies ischémiques), coder **I20-I25**

CLASSIFICATION INTERNATIONALE DES MALADIES

I50.- Insuffisance cardiaque
I51.9 Insuffisance cardiaque, sans précision

avec mention de :

M41.- (Scoliose), coder **I27.1**

I50.9 Insuffisance cardiaque, sans précision
I51.9 Cardiopathie, sans précision

avec mention de :

J81 (Oedème pulmonaire), coder **I50.1**

I60-I69 Maladies cérébrovasculaires

quand indiquées comme cause première de :

F01-F03 (Démence), coder **F01.-**

I65.- Occlusion et sténose des artères précérébrales, n'entraînant pas un infarctus cérébral

I66.- Occlusion et sténose des artères cérébrales, n'entraînant pas un infarctus cérébral

Ne doivent pas être utilisés pour le codage de la cause initiale de mortalité; pour cette dernière, on suppose l'existence d'un infarctus cérébral et le classement doit se faire à I63.-

I67.2 Athérosclérose cérébrale

avec mention de :

I60-I66 (Hémorragie cérébrale, infarctus cérébral ou accident vasculaire cérébral, occlusion et sténose d'une artère cérébrale ou précérébrale), coder **I60-I64**

quand indiquée comme cause première des affections classées à:

F03 (Démence, sans précision), coder **F01.-**

MORTALITÉ

G20 (Maladie de Parkinson), coder **G20**

I70.- Athérosclérose

avec mention de :

I10-I13 (Cardiopathie hypertensive), coder **I10-I13**

I20-I25 (Cardiopathies ischémiques), coder **I20-I25**

I50.- (Insuffisance cardiaque), coder **I50.-**

I51.4 (Myocardite, sans précision), coder **I51.4**

I51.5 (Dégénérescence du myocarde), coder **I51.5**

I51.6 (Maladie cardio-vasculaire, sans précision), coder **I51.6**

I51.8 (Autres cardiopathies mal définies), coder **I51.8**

I51.9 (Cardiopathie, sans précision), coder **I51.9**

I60-I69 (Maladies cérébrovasculaires), coder **I60-I69**

quand indiquée comme cause première de :

I05-I09 (Affections classées en I05-I09 mais non précisées comme étant rhumatismales), coder **I34-I38**

I34-I38 (Atteintes non rhumatismales des valvules), coder **I34-I38**

I51.9 (Cardiopathie, sans précision), coder **I25.1**

I71-I78 (Autres maladies des artères, artérioles et capillaires), coder **I71-I78**

K55.- (Troubles vasculaires de l'intestin), coder **K55.-**

N03.- (Néphrite chronique), coder **I12.-**

N26 (Rein scléreux, sans précision), coder **I12.-**

I70.9 Athérosclérose généralisée et sans précision

avec mention de :

R02 (Gangrène, non classée ailleurs), coder **I70.2**

quand indiquée comme cause première de :

F01.- (Démence vasculaire), coder **F01.-**

F03 (Démence, sans précision), coder **F01.-**

G20 (Maladie de Parkinson), coder **G20**

CLASSIFICATION INTERNATIONALE DES MALADIES

I97.- Troubles de l'appareil circulatoire après un acte à visée diagnostique et thérapeutique, non classés ailleurs

Ne doit pas être utilisé pour coder la cause initiale de mortalité.
Voir Opérations, page 103.

J00 Rhinopharyngite aiguë [rhume banal]

J06.- Infections aiguës des voies respiratoires supérieures, à localisations multiples et non précisées

quand indiquées comme cause première de :

G03.8 (Méningite), coder **G03.8**

G06.0 (Abscesses et granulomes intracrâniens et intrarachidiens), coder **G06.0**

H65-H66 (Otitis moyenne), coder **H65-H66**

H70.- (Mastoidite et affections apparentées), coder **H70.-**

J09-J18 (Grippe et pneumopathie), coder **J09-J18**

J20-J21 (Bronchite et bronchiolite aiguë), coder **J20-J21**

J40-J42 (Bronchite, non précisée comme aiguë ou chronique), coder **J40-J42**

J44.- (Autres maladies pulmonaires obstructives chroniques), coder **J44.-**

N00.- (Syndrome néphritique aigu), coder **N00.-**

J20.- Bronchite aiguë

avec mention de :

J41.- (Bronchite chronique simple et mucopurulente), coder **J41.-**

J42 (Bronchite chronique, sans précision), coder **J42**

J44 (Autres maladies pulmonaires obstructives chroniques), coder **J44**

J40 Bronchite, non précisée comme aiguë ou chronique

J41.- Bronchite chronique simple et mucopurulente

J42 Bronchite chronique, sans précision

avec mention de :

MORTALITÉ

- J43.- (Emphysème), coder **J44.-**
J44.- (Autres maladies pulmonaires obstructives chroniques),
coder **J44.-**

quand indiquée comme cause première de :

- J45.- (Asthme), coder **J44.-** (mais voir également note à J45.-,
J46, ci-dessous)

- J43.- Emphysème

avec mention de :

- J40 (Bronchite, non précisée comme aiguë ou chronique),
coder **J44.-**
J41.- (Bronchite chronique simple et mucopurulente), coder
J44.-
J42 (Bronchite chronique, sans précision), coder **J44.-**

- J45.- Asthme
J46 Etat de mal asthmatique

Quand l'asthme et la bronchite (aiguë) (chronique) ou d'autres maladies pulmonaires obstructives chroniques sont indiqués ensemble sur le certificat médical de cause de décès, la cause initiale doit être choisie en appliquant le Principe général ou les règles 1, 2 ou 3 de la façon habituelle. Aucun des termes ne doit être considéré comme un qualificatif de l'autre.

- J60-J64 Pneumoconiose

avec mention de :

- A15-A16 (Tuberculose de l'appareil respiratoire), coder **J65**

- J81 Oedème pulmonaire

avec mention de :

- I50.9 (Insuffisance cardiaque, sans précision), coder **I50.1**
I51.9 (Cardiopathie, sans précision), coder **I50.1**

CLASSIFICATION INTERNATIONALE DES MALADIES

J95.- Troubles respiratoires après un acte à visée diagnostique et thérapeutique, non classés ailleurs

Ne doit pas être utilisé pour coder la cause initiale de mortalité.
Voir Opérations, page 103.

K72.- Insuffisance hépatique, non classée ailleurs

avec mention de :

F10.- (Troubles mentaux et du comportement liés à l'utilisation d'alcool), coder **K70.4**

K73.- Hépatite chronique, non classée ailleurs

avec mention de :

F10.- (Troubles mentaux et du comportement liés à l'utilisation d'alcool), coder **K70.1**

K74.0 Fibrose hépatique

K74.1 Sclérose hépatique

K74.2 Fibrose hépatique avec sclérose hépatique

avec mention de :

F10.- (Troubles mentaux et du comportement liés à l'utilisation d'alcool), coder **K70.2**

K74.6 Cirrhoses du foie, autres et sans précision

avec mention de :

F10.- (Troubles mentaux et du comportement liés à l'utilisation d'alcool), coder **K70.3**

MORTALITÉ

K75.9 Maladie inflammatoire du foie, sans précision

avec mention de :

F10.- (Troubles mentaux et du comportement liés à l'utilisation d'alcool), coder **K70.1**

K76.0 Dégénérescence graisseuse du foie, non classée ailleurs

avec mention de :

F10.- (Troubles mentaux et du comportement liés à l'utilisation d'alcool), coder **K70.0**

K76.9 Maladie du foie, sans précision

avec mention de :

F10.- (Troubles mentaux et du comportement liés à l'utilisation d'alcool), coder **K70.9**

K85.9 Pancréatite aiguë, sans précision

avec mention de :

F10.- (Troubles mentaux et du comportement liés à l'utilisation d'alcool), coder **K85.2**

K91.- Atteintes de l'appareil digestif après un acte à visée diagnostique et thérapeutique, non classées ailleurs

Ne doit pas être utilisé pour le codage de la cause initiale de mortalité. Voir Opérations, page 103.

M41.- Scoliose

avec mention de :

I27.9 (Affection cardio-pulmonaire, sans précision), coder **I27.1**

I50.- (Insuffisance cardiaque), coder **I27.1**

I51.9 (Cardiopathie, sans précision), coder **I27.1**

CLASSIFICATION INTERNATIONALE DES MALADIES

M96.- Affections du système ostéo-articulaire et des muscles après un acte à visée diagnostique et thérapeutique, non classées ailleurs

Ne doit pas être utilisé pour le codage de la cause initiale de mortalité. Voir Opérations, page 103.

N00.- Syndrome néphritique aigu

quand indiqué comme cause première de :

N03.- (Syndrome néphritique chronique), coder **N03.-**

N18.- Insuffisance rénale chronique

N19 Insuffisance rénale, sans précision

N26 Rein scléreux, sans précision

avec mention de :

I10 (Hypertension essentielle (primitive)), coder **I12.-**

I11.- (Cardiopathie hypertensive), coder **I13.-**

I12.- (Néphropathie hypertensive), coder **I12.-**

N46 Stérilité, chez l'homme

N97.- Stérilité de la femme

Ne doivent pas être utilisés si l'affection causale est connue.

N99.- Affections de l'appareil génito-urinaire après un acte à visée diagnostique et thérapeutique, non classées ailleurs

Ne doit pas être utilisé pour le codage de la cause initiale de mortalité. Voir Opérations, page 103.

O08.- Complications consécutives à un avortement, une grossesse extra-utérine et molaire

Ne doit pas être utilisé pour le codage de la cause initiale de mortalité. Utiliser les catégories O00-O07.

MORTALITÉ

O30.- Grossesse multiple

Ne doit pas être utilisé pour le codage de la cause initiale de mortalité si une affection mieux précisée est indiquée.

O32.- Soins maternels pour présentation anormale connue ou présumée du fœtus

avec mention de :

O33.- (Soins maternels pour disproportion foeto-pelvienne connue ou présumée), coder **O33.-**

O33.9 Disproportion foeto-pelvienne

avec mention de :

O33.0-O33.3 (Disproportion due à une malformation du bassin de la mère), coder **O33.0-O33.3**

O64.- Dystocie due à une position et à une présentation anormales du fœtus

avec mention de :

O65.- (Dystocie due à une anomalie pelvienne de la mère), coder **O65.-**

O80-O84 Accouchement

Ne doivent pas être utilisés pour le codage de la cause initiale de mortalité. Si aucune cause de mortalité maternelle n'est indiquée, classer à Complication du travail et de l'accouchement, sans précision (O75.9)

CLASSIFICATION INTERNATIONALE DES MALADIES

P07.- Anomalies liées à une brièveté de la gestation et un poids insuffisant à la naissance, non classées ailleurs

P08.- Anomalies liées à une gestation prolongée et un poids élevé à la naissance

Ne doivent pas être utilisés si une autre cause de mortalité périnatale est indiquée.

Ne s'applique pas si la seule autre cause de mortalité périnatale mentionnée est la détresse respiratoire du nouveau-né (P28.5)

P70.3-P72.0 Anomalies endocriniennes et métaboliques transitoires spécifiques du fœtus

P72.2-P74 et du nouveau-né

Ne doivent pas être utilisés pour le codage de la cause initiale de mortalité. Si aucune autre cause périnatale n'est indiquée, coder à Affection dont l'origine se situe dans la période périnatale, sans précision (P96.9)

R69.- Causes inconnues et non précisées de morbidité

Ne doivent pas être utilisés pour le codage de la cause initiale de mortalité. Utiliser R95-R99 selon le cas.

S00-T98 Lésions traumatiques, empoisonnements et certaines autres conséquences de causes externes

Ne doivent pas être utilisés pour le codage de la cause initiale de mortalité sauf comme code supplémentaire à la catégorie appropriée en V01-Y89

Si une anomalie de la densité osseuse est indiquée sur la même ligne ou comme cause première de fracture, la fracture sera considérée pathologique, coder **M80.-**

MORTALITÉ

S02.- Fracture du crâne et des os de la face

Quand plus d'une localisation est indiquée, classer à fractures multiples du crâne et des os de la face, **S02.7**

S06.- Lésion traumatique intracrânienne

Quand une fracture du crâne ou des os de la face est associée à une lésion traumatique intracrânienne, la priorité doit être donnée à la fracture.

avec mention de :

S02.- (Fracture du crâne ou des os de la face), coder **S02.-**

T79.- Certaines complications précoces des traumatismes, non classées ailleurs

Ne doit pas être utilisé si la nature du traumatisme primitif est connue.

V01-X59 Accidents

avec mention de :

A35 (Tétanos), coder **A35**

résultant de :

G40-G41 (Epilepsie), coder **G40-G41**

Y90-Y98 Facteurs supplémentaires se rapportant aux causes de morbidité et de mortalité classées ailleurs

Ne doivent pas être utilisés pour le codage de la cause initiale de mortalité.

CLASSIFICATION INTERNATIONALE DES MALADIES

Z00-Z99 Facteurs influant sur l'état de santé et motifs de recours aux services de santé

Ne doivent pas être utilisés pour le codage de la cause initiale de mortalité.

4.1.12 Résumé des causes liées par numéro de code

Quand la cause choisie figure sur la première colonne du tableau 1, et qu'une ou plusieurs des causes reportées dans la deuxième colonne figurent à une place quelconque sur le certificat, coder comme indiqué dans la quatrième colonne.

Quand la cause choisie, reportée dans la première colonne, figure sur le certificat comme cause d'une des maladies reportées dans la troisième, coder comme indiqué dans la quatrième colonne.

CLASSIFICATION INTERNATIONALE DES MALADIES

Tableau 1. Résumé des causes liées par numéro de code

Cause choisie	Avec mention de	Comme cause	Code lié final
A00-B19 }			
B25-B99 }		C00-C97	C00-C97
A15.-, A16.-	J60-J64		J65
A17.-, A18.-	A15.-, A16.-		A15.-, A16.-
A39.2-A39.4	A39.0, A39.1		A39.0, A39.1
B16.- }		K72.1	B18.-
B17.- }		K74.0-2, K74.4-6	B18.-
D50-D59	B20-B24		B20-B24
E86	A00-A09		A00-A09
F10-F19 }	X40-X49		X40-X49
	X60-X69		X60-X69
	X85-X90		X85-X90
	Y10-Y19		Y10-Y19
F10-F19(F1x.5)	F10-F19 (F1x.2)		F1x.2
F10.-	E24.4		E24.4
	G31.2		G31.2
	G62.1		G62.1
	G72.1		G72.1
	I42.-		I42.6
	K29.2		K29.2
	K70.-		K70.-
	K72.-		K70.4
	K73.-		K70.1
	K74.0-2		K70.2
	K74.6		K70.3
	K75.9		K70.1
	K76.0		K70.0
	K76.9		K70.9
	K85.2		K85.2
F10.-	K86.0		K86.0
	O35.4		O35.4
F10.2	F10.4, F10.6, F10.7		F10.4, F10.6, F10.7
G25.5	I00-I02		I02.-
	I05-I09		I02.-
I05.8 }			
I05.9 }			
(cause }			
non précisée) }	I34.-		I34.-
I09.1 }			

MORTALITÉ

Cause choisie	Avec mention de	Comme cause	Code lié final
I09.9 }	I05-I08		I05-I08
I10	I11.-		I11.-
	I12.-		I12.-
	I13.-		I13.-
	I20-I25		I20-I25
	I60-I69		I60-I69
	N00.-		N00.-
	N01.-		N01.-
	N03-N05		N03-N05
	N18.-		I12.-
	N19		I12.-
	N26		I12.-
		H35.0	H35.0
		I05-I09	
		(non spécifiée	
		rhumatismale)	I34-I38
		I34-I38	I34-I38
		I50.-	I11.0
		I51.4-I51.9	I11.-
I11.-	I12.-		I13.-
	I13.-		I13.-
	I20-I25		I20-I25
	N18.-		I13.-
	N19		I13.-
	N26		I13.-

CLASSIFICATION INTERNATIONALE DES MALADIES

Cause choisie	Avec mention de	Comme cause	Code lié final
I12.-	I11.- I13.- I20-I25		I13.- I13.- I20-I25
		I50.- I51.4-I51.9	I13.0 I13.-
I13.-	I20-I25		I20-I25
I20.- }			
I24.- }	I21.-		I21.-
I25.- }	I22.-		I22.-
I21.-	I22.-		I22.-
I27.9	M41.-		I27.1
I44-I50 }	B57.-		B57.-
I51.4-I51.9 }	I20-I25		I20-I25
I50.- }			
I51.9 }	M41.-		I27.1
I50.9 }			
I51.9 }	J81		I50.1
I60-I69		F01-F03	F01.-
I67.2	I60-I66		I60-I64
		F03	F01.-
		G20	G20
I70.-	I10-I13 I20-I25		I10-I13 I20-I25
	I50.-		I50.-
	I51.4		I51.4
	I51.5		I51.5
	I51.6		I51.6
	I51.8		I51.8
	I60-I69		I60-I69
		I05-I09 (non spécifiée rhumatismale)	I34-I38
		I34-I38	I34-I38
		I51.9	I25.1
		I71-I78	I71-I78
		K55.-	K55.-
		N26	I12.-
I70.9	R02		I70.2
		F01.-	F01.-
		F03	F01.-
		G20	G20
J00 }			
J06.- }		G03.8	G03.8

MORTALITÉ

Cause choisie	Avec mention de	Comme cause	Code lié final
		G06.0	G06.0
		H65-H66	H65-H66
		H70.-	H70.-
		J09-J18	J09-J18
		J20-J21	J20-J21
		J40-J42	J40-J42
		J44.-	J44.-
		N00.-	N00.-
J20.-	J41.-		J41.-
	J42		J42
	J44.-		J44.-
J40 }			
J41.- }	J43.-		J44.-
J42 }	J44.-		J44.-
		J45.-	J44.-
J43.-	J40		J44.-
	J41.-		J44.-
	J42		J44.-
J60-J64	A15.-		J65
	A16.-		J65
J81	I50.9		I50.1
	I51.9		I50.1
K72.- }	F10.-		K70.4
K73.- }			K70.1
K74.0-2 }			K70.2
K74.6 }			K70.3
K75.9 }			K70.1
K76.0 }			K70.0
K76.9 }			K70.9
K85.9	F10.-		K85.2
M41.-	I27.9		I27.1
	I50.-		I27.1
	I51.9		I27.1
N00.-		N03.-	N03.-
N18.- }			
N19 }			
N26 }	I10		I12.-
	I11.-		I13.-
	I12.-		I12.-
O32.-	O33.-		O33.-
O33.9	O33.0-O33.3		O33.0-O33.3
O64.-	O65.-		O65.-
S06.-	S02.-		S02.-

CLASSIFICATION INTERNATIONALE DES MALADIES

Cause choisie	Avec mention de	Comme cause	Code lié final
V01-X59	A35		A35

MORTALITÉ

Tableau 2. Résumé des codes à ne pas utiliser dans le codage des causes de mortalité (a)

Codes à ne pas utiliser pour le codage des causes de mortalité (classer au sujet entre parenthèses; si aucun code n'est indiqué, classer à R99)		Ne doit pas être utilisé si la cause initiale est connue
B95-B97		F01-F09
E89.-		F70-F79
F10.0	(coder à X45, X65, X85, ou Y15)	G81.-
F11.0	(coder à X42, X62, X85, ou Y12)	G82.-
F12.0	(coder à X42, X62, X85, ou Y12)	G83.-
F13.0	(coder à X41, X61, X85, ou Y11)	H54.-
F14.0	(coder à X42, X62, X85, ou Y12)	H90-H91
F15.0	(coder à X41, X61, X85, ou Y11)	I15.0
F16.0	(coder à X42, X62, X85, ou Y12)	I15.8
F17.0	(coder à X49, X69, X89, ou Y19)	I15.9
F18.0	(coder à X46, X66, X89, ou Y16)	N46
F19.0	(coder à X40-X49, X60-X69, X85-X90, ou Y10-Y19)	N97.-
G97.-		O30.-
H59.-		P07.-
H95.-		P08.-
I15.1	(coder à N28.9 si cause inconnue)	T79.-
I15.2	(coder à E34.9 si cause inconnue)	
I23.-	(coder à I21 ou I22)	
I24.0	(coder à I21 ou I22)	
I25.2	(coder à I25.8)	
I65.-	(coder à I63)	
I66.-	(coder à I63)	
I97.-		
J95.-		
K91.-		
M96.-		
N99.-		
O08.-		
O80-O84	(coder à O75.9)	
P70.3-P72.0	(coder à P96.9)	
P72.2-P74	(coder à P96.9)	
R69.-	(coder à R95-R99)	
S00-T98	(coder à V01-Y89)	
Y90-Y98		

CLASSIFICATION INTERNATIONALE DES MALADIES

Z00-Z99

(a) En addition aux codes à astérisque, voir section 3.1.3

4.2 Notes pour l'interprétation des causes de décès indiquées sur les certificats

Les règles ci-dessus permettront en général de déterminer la cause initiale de décès à retenir pour l'établissement des tableaux de mortalité. Cependant, chaque pays aura intérêt à développer ces règles suivant le degré de cohérence et de complétude des renseignements fournis dans les certificats médicaux. Les indications de cette section aideront à formuler de telles instructions complémentaires.

4.2.1 Présomption d'une cause intermédiaire

Fréquemment, sur le certificat médical une affection est indiquée comme étant due à une autre, mais la première n'est pas une conséquence directe de la seconde. Par exemple, une hématoméose peut être indiquée comme étant due à une cirrhose du foie, au lieu d'être indiquée comme étant l'événement final de l'enchaînement, cirrhose du foie → hypertension portale → rupture de varices oesophagiennes → hématoméose.

La présomption d'une cause intermédiaire dans la partie I est autorisée si l'on accepte un enchaînement comme indiqué, mais elle ne doit pas être utilisée pour modifier le codage.

Exemple 1: I (a) Hémorragie cérébrale
(b) Néphrite chronique

Classer à néphrite chronique (N03.9). Il est nécessaire d'accepter l'hypertension comme étant une affection intermédiaire entre une hémorragie cérébrale et la cause initiale, la néphrite chronique.

Exemple 2: I (a) Retard mental
(b) Décollement prématuré du placenta

Classer à décollement prématuré du placenta affectant le fœtus ou le nouveau-né (P02.1). Il est nécessaire d'admettre la survenue d'un traumatisme obstétrical, d'anoxie ou d'hypoxie comme cause intermédiaire entre le retard mental et la cause initiale, le décollement prématuré du placenta.

4.2.2 Interprétation "tout à fait improbable"

L'expression "tout à fait improbable" est utilisée depuis la Sixième Révision de la CIM pour indiquer qu'une relation de cause à effet n'est pas vraisemblable; elle est donc à rejeter. A titre d'indication sur l'acceptabilité d'enchaînements dans l'application du Principe général et des règles de sélection, les relations suivantes doivent être considérées comme "tout à fait improbables":

- (a) toute maladie infectieuse peut être acceptée comme "due à" des anomalies du système immunitaire comme l'immunodéficience humaine virale [VIH] ou SIDA ;
- (b) une maladie infectieuse ou parasitaire (A00-B99) indiquée comme "due à" toute maladie classée en dehors de ce chapitre, sauf que :
 - diarrhée et gastro-entérite d'origine)
 - présumée infectieuse (A09))
 - septicémie (A40-A41)) peuvent être acceptées
 - érysipèle (A46)) comme "dues à" toute
 - gangrène gazeuse (A48.0)) autre maladie
 - angine de Vincent (A69.1))
 - mycoses (B35-B49))
 - toute maladie infectieuse peut être acceptée comme "due à" une immunosuppression par des produits chimiques (chimiothérapie), une irradiation • toute maladie infectieuse ou parasitaire classée en A00-B19 ou B25-B64 indiquée comme "due à" une tumeur maligne sera un enchaînement acceptable.
 - varicelle et zona (B01-B02) peuvent être acceptées comme "dues à" diabète, tuberculose et tumeurs lymphoprolifératives;
- (c) une tumeur maligne indiquée comme "due à" toute autre maladie, sauf l'immunodéficience humaine virale [VIH];
- (d) hémophilie (D66, D67, D68.0-D68.2) indiquée comme "due à" toute autre maladie;
- (e) diabète (E10-E14) indiqué comme "dû à" toute autre maladie à l'exception de :
 - hémochromatose (E83.1),
 - maladies du pancréas (K85-K86).
 - tumeurs du pancréas (C25.-, D13.6, D13.7, D37.7),
 - malnutrition (E40-E46);
- (f) rhumatisme articulaire aigu (I00-I02) ou cardiopathie rhumatismale (I05-I09) indiqués comme "dus à" toute maladie autre que la scarlatine (A38), une septicémie à streptocoques (A40.-), une pharyngite à streptocoques (J02.0) et une amygdalite aiguë (J03.-);

MORTALITÉ

- (g) toute affection hypertensive indiquée comme "due à" toute tumeur à l'exception de :
 - tumeurs des glandes endocrines,
 - tumeurs rénales,
 - tumeurs carcinoïdes;
- (h) cardiopathie ischémique chronique (I20, I25) indiquée comme "due à" toute tumeur;
- (i) (1) toute maladie cérébrovasculaire (I60-I69) indiquée comme "due à" une maladie de l'appareil digestif (K00-K92) sauf Hémorragie cérébrale (I61.-) due à Maladies du foie (K70-K76)

(2) infarctus cérébral dû à une thrombose des artères précérébrales (I63.0)
infarctus cérébral dû à une occlusion ou sténose des artères précérébrales (I63.2)
infarctus cérébral dû à une thrombose des artères cérébrales (I63.3)
infarctus cérébral dû à une occlusion ou sténose des artères cérébrales (I63.5)
infarctus cérébral dû à une thrombose veineuse cérébrale non pyogène (I63.6)
autres infarctus cérébraux (I63.8)
infarctus cérébral, sans précision (I63.9)
accident vasculaire cérébral, non précisé comme étant hémorragique ou par infarctus (I64)
autres maladies cérébrovasculaires (I67)
séquelles d'accident vasculaire cérébral, non précisé comme étant hémorragique ou par infarctus (I694)
séquelles de maladies cérébrovasculaires, autres et non précisées

déclarés dus à une endocardite (I05-I08, I09.1, I33-I38)

(3) occlusion et sténose des artères précérébrales n'entraînant pas un infarctus cérébral (I65), sauf embolie
occlusion et sténose des artères cérébrales n'entraînant pas un infarctus cérébral (I66), sauf embolie
séquelles d'infarctus cérébral (I693), sauf embolie

déclarés dus à une endocardite (I05-I08, I09.1, I33-I38)

CLASSIFICATION INTERNATIONALE DES MALADIES

- (j) toute affection artériosccléreuse [athéroscléreuse] indiquée comme "due à" toute tumeur;
- (k) grippe (J09-J11) indiquée comme "due à" toute autre maladie;
- (l) une anomalie congénitale (Q00-Q99) indiquée comme "due à" toute autre maladie du sujet, y compris une immaturité, sauf :
une anomalie congénitale déclarée "due à" une anomalie chromosomique ou un syndrome malformatif congénital une hypoplasie pulmonaire déclarée "due à" une anomalie congénitale.
- (m) toute affection dont la date de début "X" indiquée comme "due à" une affection d'une date de début "Y", quand "X" précède "Y";
- (n) tout accident (V01-X59) indiqué comme "dû à" toute autre cause ne figurant pas dans ce chapitre à l'exception de :
 - (1) tout accident (V01-X59) indiqué comme "dû à" l'épilepsie, (G40-G41).
 - (2) une chute (W00-W19) « due à » un trouble de la densité osseuse
 - (3) une chute (W00-W19) « due à » une fracture (pathologique) causée par un trouble de la densité osseuse
 - (4) asphyxie indiquée comme « due à » aspiration de mucus, sang (W80) ou vomissements (W79) consécutive à d'autres maladies
 - (5) aspiration de nourriture (solide ou liquide) de toute nature (W79) indiquée comme « due à » une maladie qui affecte la capacité à avaler.
- (o) suicide (X60-X84) indiqué comme "dû à" toute autre cause.

La liste ci-dessus ne couvre pas toutes les séquences "tout à fait improbables", mais dans d'autres cas le Principe général doit être suivi à moins qu'une autre indication ne soit donnée.

Des maladies aiguës ou terminales de l'appareil circulatoire indiquées comme dues à une tumeur maligne, au diabète ou à l'asthme doivent être acceptées comme des enchaînements possibles dans la partie I du certificat. Les affections suivantes sont considérées comme des maladies aiguës ou terminales de l'appareil circulatoire :

- I21-I22 Infarctus aigu du myocarde
- I24.- Autres cardiopathies ischémiques aiguës
- I26.- Embolie pulmonaire
- I30.- Péricardite aiguë
- I33.- Endocardite aiguë et subaiguë
- I40.- Myocardite aiguë
- I44.- Bloc de branche gauche et auriculoventriculaire

MORTALITÉ

- I45.- Autres troubles de la conduction
- I46.- Arrêt cardiaque
- I47.- Tachycardie paroxystique
- I48 Fibrillation et flutter auriculaires
- I49.- Autres arythmies cardiaques
- I50.- Insuffisance cardiaque
- I51.8 Autres cardiopathies mal définies
- I60-I68 Maladies cérébrovasculaires à l'exception de I67.0-I67.5 et I67.9

4.2.3 Effet de la durée de l'affection sur le classement

En évaluant l'enchaînement indiqué des causes directes et intermédiaires des antécédents, l'intervalle de temps entre le début de la maladie et le moment du décès doit être pris en considération. Cela s'appliquera à l'interprétation de relations "tout à fait improbables" (voir ci-dessus) et de la règle F de modification (séquelles).

Les catégories O95 (Mort d'origine obstétricale de cause non précisée), O96 (Mort d'origine obstétricale survenant plus de 42 jours mais moins d'un an après l'accouchement) et O97 (Mort de séquelles relevant d'une cause obstétricale directe) classent les décès d'origine obstétricale d'après le temps qui s'est écoulé entre l'événement obstétrical et la mort de la femme. La catégorie O95 doit être utilisée lorsqu'une femme meurt pendant la grossesse, le travail, l'accouchement ou la puerpéralité et que la seule information fournie est la mort "maternelle" ou "d'origine obstétricale". Si la cause obstétricale de décès est précisée, classer à la catégorie appropriée. La catégorie O96 est utilisée pour classer les décès dus à des causes obstétricales directes ou indirectes qui se produisent plus de 42 jours mais moins d'un an après l'accouchement. La catégorie O97 est utilisée pour classer les décès dus à toute cause obstétricale directe qui se produit un an ou plus après la fin de la grossesse.

Les affections classées comme malformations congénitales et anomalies chromosomiques (Q00-Q99) doivent être classées comme telles même lorsque le certificat médical ne spécifie pas qu'elles sont de nature congénitale et si l'intervalle entre le début de l'affection et le décès, ainsi que l'âge du sujet décédé, indiquent que cette affection existait depuis la naissance.

CLASSIFICATION INTERNATIONALE DES MALADIES

La classification prévoit des catégories spéciales pour indiquer que certaines affections ou certains traumatismes sont la cause de séquelles ou d'effets tardifs. Dans bien des cas, ces séquelles comprennent des affections observées un an ou plus après le début de la maladie ou du traumatisme (voir également Séquelles ci-dessous).

4.2.4 Séquelles

Certaines catégories (B90-B94, E64.-, E68, G09, I69.-, O97 et Y85-Y89) doivent être utilisées pour classer la cause initiale de décès afin d'indiquer que la mort résulte des conséquences éloignées d'une maladie ou d'un traumatisme et non de leur période évolutive. La règle F de modification s'applique alors. Les affections indiquées être des séquelles ou des effets tardifs d'une maladie ou d'un traumatisme donné doivent être classées à la catégorie de séquelles appropriée, quel que soit l'intervalle de temps entre le début de la maladie ou du traumatisme et le décès. Pour certaines affections, les décès se produisant un an ou plus après le début de la maladie ou du traumatisme sont supposés être dus à une séquelle ou à un effet tardif de l'affection, bien qu'aucune séquelle ne soit explicitement indiquée. Des conseils relatifs à l'interprétation des séquelles sont donnés dans la plupart des catégories "Séquelles de ..." dans la Table analytique.

B90.- Séquelles de tuberculose

Ces séquelles comprennent les manifestations indiquées comme telles ou comme effets tardifs d'une maladie tuberculeuse précisée être : cicatrisée, guérie, inactive, ancienne ou latente.

B94.0 Séquelles du trachome

Ces séquelles comprennent les manifestations résiduelles du trachome qualifié de guéri ou de non évolutif, et certaines affections précisées être d'étiologie trachomateuse, telles que : cécité, entropion cicatriciel ou cicatrices conjonctivales.

B94.1 Séquelles d'encéphalite virale

Ces séquelles comprennent des affections précisées comme telles, ou comme effets tardifs, et celles qui existent un an ou plus après le début de l'affection causale.

MORTALITÉ

B94.8 Séquelles d'autres maladies infectieuses et parasitaires

Ces séquelles comprennent des manifestations indiquées comme telles ou comme effets tardifs et résiduels de ces affections qualifiées de cicatrisées, guéries, inactives, anciennes ou latentes. Ces séquelles comprennent également des affections chroniques indiquées comme dues à des maladies classées aux catégories A00-B89, ou des manifestations résiduelles présentes un an ou plus après le début de ces maladies.

E64.3 Séquelles de rachitisme

Ces séquelles comprennent toute affection précisée comme rachitique ou due au rachitisme, et présente une année ou plus après le début du rachitisme, ou indiquée en être une séquelle ou un effet tardif.

G09 Séquelles d'affections inflammatoires du système nerveux central

Cette catégorie permet le codage de séquelles de maladies classables à G00.-, G03-G04, G06.- et G08. Les séquelles de maladies inflammatoires du système nerveux central sujettes à une double classification (G01*-G02*, G05.-* et G07*) doivent être classées dans les catégories prévues pour les séquelles de l'affection initiale (par exemple B90.0 Séquelles de tuberculose du système nerveux central). S'il n'existe pas de catégorie de séquelles pour l'affection initiale, classer à l'affection initiale elle-même.

4.2.5 Cohérence entre le sexe du malade et le diagnostic

Certaines catégories sont limitées à un seul sexe (voir section 3.1.5). Si, après vérification, il n'y a pas de cohérence entre le sexe et la cause du décès sur le certificat et si l'on ne peut redresser l'erreur, ce décès doit être classé à "Autres causes de mortalité mal définies et non précisées" (R99).

4.2.6 Opérations

Si le certificat indique une opération comme cause de décès, sans mentionner ni l'affection pour laquelle le sujet a été opéré, ni les constatations faites lors de l'opération, et si l'Index alphabétique ne prévoit aucun code spécifique pour l'opération, classer à la catégorie résiduelle pour l'organe ou la localisation indiqués par le nom de l'opération (par exemple classer "néphrectomie" à N28.9). Si l'opération n'indique ni un organe ni une localisation, par exemple "laparotomie", classer à "Autres causes de mortalité mal définies et non précisées" (R99), à moins qu'il ne soit fait mention d'un accident thérapeutique classable à Y60-Y84 ou d'une complication postopératoire. S'il est fait mention d'un accident au moment de l'intervention, coder à Y60-Y69. S'il est fait mention d'une réaction anormale du patient, sans mention d'accident au moment de l'intervention, coder à Y83-Y84.

4.2.7 Tumeurs malignes

Lorsqu'une tumeur maligne est considérée comme la cause initiale de décès, il est extrêmement important de savoir quelle en est la localisation primitive. La morphologie et le comportement doivent également être pris en considération. Cancer est un terme générique et peut être utilisé pour tout groupe morphologique, quoiqu'il soit rarement appliqué aux tumeurs malignes des tissus lymphoïde, hématopoïétique et apparentés. Le terme carcinome est parfois utilisé de façon incorrecte comme synonyme de cancer. Certains certificats de décès peuvent être ambigus s'il existe un doute sur la localisation de la tumeur primitive ou une imprécision dans la rédaction du certificat. Dans ces cas, il faut, si possible, demander au certificateur d'être plus clair. A défaut, les directives indiquées ci-dessous doivent être suivies.

Les types morphologiques de tumeurs classés aux pages 1269-1296 du Volume I peuvent être trouvés dans l'Index alphabétique avec leur code de morphologie et une indication sur le codage selon le siège.

MORTALITÉ

A. Caractère implicite de malignité

L'indication sur le certificat qu'une tumeur a provoqué des métastases (tumeurs secondaires) signifie qu'elle doit être classée comme maligne, y compris dans les cas où cette tumeur, sans mention de métastases, serait classée à une autre section du Chapitre II.

Exemple 1 : I (a) Atteinte métastatique des ganglions lymphatiques
(b) Carcinome *in situ* du sein

Classer à tumeur maligne du sein (C50.9)

B. Localisations avec préfixes ou définitions imprécises

Des tumeurs ayant des localisations comportant les préfixes "péri", "para", "pré", "supra", "infra", etc. ou situées "dans telle région anatomique", à moins que ces termes ne figurent dans l'index, doivent être classées comme suit : pour les types morphologiques classables à une des catégories C40, C41 (os et cartilage articulaire), C43 (mélanome malin de la peau), C44 (autres tumeurs malignes de la peau), C45 (mésothéliome), C47 (nerfs périphériques et système nerveux autonome), C49 (tissu conjonctif et autres tissus mous), C70 (méninges), C71 (cerveau) et C72 (autres parties du système nerveux central), classer à la subdivision appropriée de cette catégorie; pour les autres types morphologiques, classer à la subdivision appropriée de C76 (sièges autres et mal définis).

Exemple 2 : I (a) Fibrosarcome de la jambe

Classer à tumeur maligne du tissu conjonctif et autres tissus mous du membre inférieur (C49.2)

C. Tumeurs malignes de siège non précisé avec mention d'autres affections

Quand le siège d'une tumeur maligne primitive n'est pas précisé, aucune déduction quant au siège ne peut être faite à partir de la localisation d'autres affections comme une perforation, une occlusion ou une hémorragie. Ces affections peuvent avoir lieu dans des endroits sans rapport avec la tumeur, par exemple une occlusion intestinale peut être due à l'extension d'une tumeur maligne de l'ovaire.

CLASSIFICATION INTERNATIONALE DES MALADIES

Exemple 3 : I (a) Occlusion intestinale
(b) Carcinome

Classer à tumeur maligne de siège non précisé (C80).

D. Tumeurs malignes avec indication du siège primitif

Si des tumeurs malignes sont mentionnées sur le certificat, il faut choisir le siège indiqué comme primitif quel que soit l'ordre dans lequel les affections ont été mentionnées sur le certificat, que ce soit dans la partie I ou la partie II. Si le siège primitif est inconnu, voir E ci-dessous. Le siège primitif peut être indiqué de l'une des façons suivantes :

a) Précision d'un siège primitif dans la partie I ou II.

Exemple 4 : I (a) Carcinome de la vessie
II Tumeur primitive du rein

Classer à tumeur maligne du rein (C64)

b) La mention d'autres sièges qualifiés de "secondaires", "métastatiques", "disséminés" ou "carcinomateux".

Exemple 5 : I (a) Carcinome du sein
(b) Tumeurs secondaires du cerveau

Classer à tumeur maligne du sein (C50.9), car la règle 2 s'applique.

c) La morphologie indique qu'il s'agit d'une tumeur maligne primitive.

Si un type morphologique laisse supposer qu'il s'agit d'un siège primitif, comme un hépatome, considérer que le mot "primitif" a été inclus.

Exemple 6 : I (a) Carcinome métastatique
(b) Adénocarcinome pseudomucineux

Classer à tumeur maligne de l'ovaire (C56), car un adénocarcinome pseudomucineux de siège non précisé est attribué à l'ovaire dans l'Index alphabétique.

Si deux ou plusieurs sièges primitifs ou morphologies sont indiqués, il faut les classer d'après les sections F, G et H, ci-dessous.

E. Tumeur primitive de siège inconnu

Lorsque l'expression, "siège primitif inconnu", ou son équivalent, figure sur un certificat, classer à la catégorie "siège non précisé" en fonction du type morphologique en cause (par exemple adénocarcinome C80, fibrosarcome C49.9, ostéosarcome C41.9), quel que soit le ou les sièges mentionnés ailleurs sur le certificat.

Exemple 7 : I (a) Carcinome secondaire du foie
(b) Siège primitif inconnu
(c) Estomac ? Côlon ?

Classer à tumeur maligne de siège non précisé (C80).

Exemple 8 : I (a) Métastases généralisées
(b) Mélanome du dos
(c) Siège primitif inconnu

Classer à mélanome malin de la peau, sans précision (C43.9).

F. Tumeurs malignes de sièges multiples indépendants (primitifs) (C97)

L'existence de plus d'une tumeur primitive peut être indiquée par la mention de deux sièges anatomiques différents ou de deux types morphologiques distincts (par exemple hypernéphrome et carcinome canalaire invasif), ou par l'association d'un type morphologique qui suppose un siège bien précis, plus un second siège. Il est tout à fait improbable qu'une tumeur primitive soit due à une autre tumeur maligne primitive, sauf dans le groupe des tumeurs malignes des tissus lymphoïde, hématopoïétique et apparentés (C81-C96), dans lequel une forme de tumeur maligne peut aboutir à une autre (par exemple une leucémie peut faire suite à un lymphome non-hodgkinien).

Si deux sièges, ou plus, indiqués dans la partie I intéressent le même système, voir section H, page 82. Si les sièges n'intéressent pas le même système et qu'il n'y a pas d'indication de leur caractère primitif ou secondaire, classer aux tumeurs malignes de sièges multiples indépendants (primitifs) (C97), à moins que tous soient classables à C81-C96, ou que l'un des sièges indiqués soit un siège fréquent de métastases, ou le poumon (voir G ci-dessous).

CLASSIFICATION INTERNATIONALE DES MALADIES

Exemple 9 : I (a) Cancer de l'estomac
(b) Cancer du sein

Classer à tumeurs malignes de sièges multiples indépendants (primitifs) (C97), du fait que deux sièges anatomiques différents sont mentionnés et qu'il est peut probable qu'une tumeur maligne primitive soit due à une autre.

Exemple 10 : I (a) Maladie de Hodgkin
(b) Carcinome de la vessie

Classer à tumeurs malignes de sièges multiples indépendants (primitifs) (C97), du fait que deux types morphologiques distincts sont mentionnés.

Exemple 11 : I (a) Leucémie lymphoïde aiguë
(b) Lymphome non-hodgkinien

Classer à lymphome non-hodgkinien (C85.9), du fait que les deux affections sont classables à C81-C96 et que l'enchaînement est acceptable.

Exemple 12 : I (a) Leucémie
(b) Lymphome non-hodgkinien
(c) Carcinome de l'ovaire

Classer à tumeurs malignes de sièges multiples indépendants (primitifs) (C97), du fait que bien que deux des tumeurs soient classables à C81-C96, un autre siège est mentionné.

Exemple 13 : I (a) Leucémie
II Carcinome du sein

Classer à leucémie (C95.9) parce que le carcinome du sein se trouve dans la partie II. Quand des sièges multiples sont mentionnés, seuls les sièges de la partie I du certificat doivent être pris en considération (voir H).

G. Tumeurs métastatiques

FRANÇAIS : L'adjectif métastatique en français signifie qui « se rapporte à », « qui est dû à une métastase ». De ce fait, ce paragraphe G qui explique la double utilisation de ce terme en anglais avec les exemples 14 à 35 s'y rapportant n'est pas nécessaire en français. Cependant la numération des exemples des Chapitres H et I en français suit celle des chapitres anglais pour permettre une référence plus aisée.

Quand une tumeur maligne s'étend ou se métastase, elle garde généralement la même morphologie même si elle devient moins différenciée. Certaines métastases ont un aspect microscopique caractéristique tel que l'anatomo-pathologiste peut en déduire avec certitude le siège primitif, par exemple, la thyroïde. Des métastases étendues d'un cancer sont souvent appelées carcinomatoses. Si un terme non spécifique comme carcinome ou sarcome existe avec un terme décrivant une histologie plus spécifique du même groupe, classer au siège de la morphologie la plus spécifique en supposant que l'autre est métastatique.

Bien que des cellules malignes puissent provoquer des métastases à tout endroit du corps, certaines localisations sont plus fréquentes que d'autres et doivent être traitées différemment (voir ci-dessous). Cependant, si l'une de ces localisations existe seule sur le certificat de décès et n'est pas qualifiée par le mot "métastatique", il faut considérer qu'elle est primitive.

Sièges fréquents de métastases

Cerveau	Moelle épinière
Coeur	Os
Diaphragme	Péritoine
Foie	Plèvre
Ganglions lymphatiques	Poumon
Médiastin	Rétropéritoine
Méninges	Sièges mal définis (sièges classables à C76)

- Le poumon pose des problèmes spéciaux du fait qu'il est un siège fréquent aussi bien de métastases que de tumeurs malignes primitives. Le poumon doit être considéré comme un siège fréquent de métastases chaque fois qu'il apparaît avec des sièges n'existant pas sur cette liste. Cependant, quand il est fait mention de cancer des bronches, cette tumeur

CLASSIFICATION INTERNATIONALE DES MALADIES

doit être considérée comme primitive. Si le poumon est mentionné et que les seuls autres sièges sont sur la liste des sièges fréquents de métastases, considérer la tumeur du poumon comme primitive.

- Lorsqu'une tumeur maligne des ganglions lymphatiques n'est pas formellement désignée comme primitive, on admettra qu'elle est secondaire.

H. Sièges multiples

Quand des sièges multiples sont mentionnés, seuls les sièges figurant dans la partie I du certificat doivent être pris en considération.

Si des tumeurs malignes de plus d'un siège sont indiquées sur le certificat, le siège indiqué comme étant primitif ou non indiqué s'il est primitif ou secondaire doit être choisi (voir D, E et F ci-dessus).

Sièges multiples sans qu'aucun soit précisé comme étant primitif

- (a) Bien que la règle H recommande de ne prendre en considération que les sièges figurant dans la partie I du certificat, si l'un des sièges fréquents de métastases, à l'exception du poumon, et un autre siège ou type morphologique sont mentionnés sur le certificat, classer à cet autre siège ou type morphologique. Si, cependant, une tumeur maligne des tissus lymphoïde, hématopoïétique ou apparentés figurent dans la partie II, seule la partie I doit être prise en considération.

Exemple 36 : I (a) Cancer de l'estomac
(b) Cancer du foie

Classer à tumeur maligne de l'estomac (C16.9). Bien que l'enchaînement fasse supposer que le foie était le siège primitif, une métastase ayant comme origine le foie - un siège fréquent de métastases - se propageant à l'estomac est improbable et l'on peut admettre que le cancer de l'estomac a provoqué des métastases hépatiques.

MORTALITÉ

Exemple 37 : I (a) Cancer du péritoine
II Carcinome mammaire

Classer à tumeur maligne du sein (C50.9), car un cancer du péritoine est supposé être secondaire, le péritoine figurant sur la liste des sièges fréquents de métastases.

- (b) Des tumeurs malignes atteignant un siège "ou" un autre ou si le "ou" est implicite, seront classées à la catégorie qui embrasse les deux sièges à la fois. S'il n'existe pas de catégorie appropriée, classer au siège non précisé du type morphologique en cause. Cette règle s'applique à tous les sièges qu'ils figurent ou non sur la liste des sièges fréquents de métastases.

Exemple 38 : I (a) Carcinome du côlon ascendant ou descendant

Classer à tumeur maligne du côlon, sans précision (C18.9).

Exemple 39 : I (a) Ostéosarcome des vertèbres lombaires ou du sacrum

Classer à tumeur maligne des os, sans précision (C41.9).

- (c) Si plusieurs types morphologiques de tumeur maligne existent dans les tissus lymphoïde, hématopoïétique ou apparentés (C81-C96), classer suivant l'enchaînement indiqué car ces tumeurs aboutissent parfois à une autre entité classée en C81-C96. Une exacerbation ou une crise blastique de leucémie chronique doit être classée à la forme chronique.

Exemple 40 : I (a) Leucémie lymphoïde aiguë
(b) Lymphome non-Hodgkinien

Classer à lymphome non-Hodgkinien (C85.9).

Exemple 41 : I (a) Leucémie lymphoïde aiguë et chronique

Classer à leucémie lymphoïde chronique (C91.1).

Sièges multiples dans le même système ou appareil

Si les sièges mentionnés appartiennent au même système ou appareil et sont contigus, les sous-catégories .8, y compris celles figurant aux pages 191-192 du Volume I, doivent être utilisées. Cela s'applique lorsque le certificat décrit les sièges comme un siège "et" un autre ou si les sièges sont mentionnés sur des lignes séparées. Classer à la sous-catégorie .8 qui embrasse les deux sièges. S'il existe un doute quelconque sur la contiguïté des sièges mentionnés, classer au siège non précisé de l'organe mentionné.

- (a) S'il est fait mention de deux lésions contiguës du même siège, classer à la sous-catégorie .8 de cette catégorie à trois caractères.

Exemple 42 :I (a) Carcinome du côlon descendant et du sigmoïde

Classer à tumeur maligne à localisations contiguës du colon (C18.8).

- (b) Si les lésions ne sont pas contiguës, classer à la sous-catégorie .9 de cette catégorie à trois caractères.

*Exemple 43 :I (a) Carcinome de la tête du pancréas
(b) Carcinome de la queue du pancréas*

Classer à tumeur maligne du pancréas, sans précision (C25.9).

- (c) S'il est fait mention de deux localisations contiguës classées à des catégories à trois caractères séparées, dans le même système, classer à la sous-catégorie .8 de ce système (voir liste à la note 5 de l'introduction au Chapitre II du Volume I, p. 191).

Exemple 44 :I (a) Carcinome du vagin et du col

Classer à tumeur maligne à localisations contiguës des organes génitaux de la femme (C57.8).

- (d) Si deux sièges sont mentionnés sur le certificat et que les deux appartiennent au même système et ont le même type morphologique, classer à la sous-catégorie .9 de ce système, comme dans la liste suivante :

C26.9 Sièges mal définis de l'appareil digestif

C39.9 Sièges mal définis de l'appareil respiratoire

MORTALITÉ

C41.9 Os et cartilage articulaire, sans précision
C49.9 Tissu conjonctif et autres tissus mous, sans précision
C57.9 Organe génital de la femme, sans précision
C63.9 Organe génital de l'homme, sans précision
C68.9 Organe urinaire, sans précision
C72.9 Système nerveux central, sans précision

*Exemple 45 :*I (a) Embolie pulmonaire
(b) Cancer de l'estomac
(c) Cancer de la vésicule biliaire

Classer à sièges mal définis de l'appareil digestif (C26.9).

(e) Si l'on ne dispose pas de sous-catégorie .8 ou .9, classer à tumeurs malignes de sièges multiples indépendants (primitifs) (C97).

*Exemple 46 :*I (a) Arrêt cardiaque
(b) Carcinome de la prostate et de la vessie

Classer à tumeurs malignes de sièges multiples indépendants (primitifs) (C97), car il n'y a pas de sous-catégorie .8.

I. Maladies infectieuses et tumeurs malignes

(a) Etant donné l'effet de la chimiothérapie sur le système immunitaire, certains cancéreux deviennent sensibles à des maladies infectieuses et en meurent. De ce fait, toute maladie infectieuse classée à A00-B19 ou à B25-B64 indiquée comme "due" à un cancer sera un enchaînement acceptable que ce soit dans la partie I ou II du certificat.

*Exemple 47 :*I (a) Zona
(b) Leucémie lymphoïde chronique

Classer à leucémie lymphoïde chronique (C91.1).

(b) A l'exception de l'immunodéficience humaine virale [VIH], aucune maladie infectieuse ou parasitaire ne sera acceptée comme provoquant une tumeur maligne.

CLASSIFICATION INTERNATIONALE DES MALADIES

Exemple 48 : I (a) Carcinome hépatocellulaire
(b) Virus de l'hépatite B

Classer à carcinome hépatocellulaire (C22.0).

Exemple 49 : I (a) Tumeur de Burkitt
(b) Virus d'Epstein-Barr

Classer à tumeur de Burkitt (C83.7).

Exemple 50 : I (a) Cholangiocarcinome du foie
(b) Clonorchiose

Classer à carcinome du canal biliaire intrahépatique (C22.1).

J. Tumeurs malignes et maladies de l'appareil circulatoire

Les maladies suivantes aiguës ou fatales de l'appareil circulatoire seront acceptées dans la partie I du certificat comme dues à des tumeurs malignes :

- I21-I22 Infarctus aigu du myocarde
- I24.- Autres cardiopathies ischémiques aiguës
- I26.- Embolie pulmonaire
- I30.- Péricardite aiguë
- I33.- Endocardite aiguë et subaiguë
- I40.- Myocardite aiguë
- I44.- Bloc de branche gauche et auriculoventriculaire
- I45.- Autres troubles de la conduction
- I46.- Arrêt cardiaque
- I47.- Tachycardie paroxystique
- I48 Fibrillation et flutter auriculaires
- I49.- Autres arythmies cardiaques
- I50.- Insuffisance cardiaque
- I51.8 Autres cardiopathies mal définies
- I60-I69 Maladies cérébrovasculaires, à l'exception de I67.0-I67.5, I67.9, I69.-

Les maladies suivantes de l'appareil circulatoire ne seront pas acceptées comme dues à des tumeurs malignes :

- I00-I09 Rhumatisme articulaire aigu et cardiopathie rhumatismale

MORTALITÉ

I10-I15 Maladies hypertensives (sauf quand elles sont indiquées comme dues à des tumeurs des glandes endocrines, des tumeurs rénales et des tumeurs carcinoïdes)

I20.- Angine de poitrine

I25.- Cardiopathie ischémique chronique

I70.- Athérosclérose

4.2.8 Rhumatisme articulaire aigu avec atteinte cardiaque

S'il n'est pas indiqué que le processus rhumatismal était évolutif au moment du décès, il faut en supposer l'évolutivité si la cardiopathie (autre que des affections terminales et des endocardites bactériennes) précisée comme rhumatismale, ou due au rhumatisme articulaire aigu, est décrite comme aiguë ou subaiguë. Dans le cas contraire, les termes "cardite", "endocardite", "cardiopathie", "myocardite" et "pancardite" peuvent être considérés comme des atteintes aiguës si l'intervalle entre le début et le décès est inférieur à un an ou si, aucun intervalle n'étant indiqué, l'âge au moment du décès est de moins de 15 ans. Une "péricardite" peut être considérée comme aiguë à tout âge.

4.2.9 Malformations congénitales et anomalies chromosomiques

Les affections suivantes peuvent être considérées comme congénitales quand elles provoquent la mort aux âges mentionnées, à condition qu'il ne soit pas indiqué qu'elles aient été acquises après la naissance.

- Moins d'un an : anévrisme, atrésie, atrophie, déformation, déplacement d'un organe, ectopie, hypoplasie d'un organe, kyste du cerveau, malformation, sténose aortique, sténose pulmonaire, valvulopathie.
- Moins de quatre semaines : cardiopathie SAI, hydrocéphalie SAI.

Si l'intervalle entre le début et le décès, et l'âge du décédé, indiquent que l'affection existait depuis la naissance, toute maladie doit être considérée comme congénitale même si ceci n'est pas précisé sur le certificat médical.

Sur un certificat de décès néo-natal ou infantile, quand l'hypoplasie pulmonaire est indiquée sans mention d'immaturité, prématurité, brièveté de gestation, ou faible poids de naissance, coder à immaturité pulmonaire (P28.0) et non à Q33.6.

4.2.10 Nature du traumatisme

Les codes de causes externes (V01-Y89) doivent être utilisés en cause initiale en cas de codage d'affection unique et pour la mise en tableaux de cause de mortalité comprenant traumatismes, empoisonnement et certaines autres conséquences de causes externes.

Il est recommandé qu'un code du Chapitre XIX (S00-T98) soit utilisé en plus, de façon à identifier la nature du traumatisme et permettre ainsi les mises en tableaux appropriées. Les notes suivantes ont rapport à un tel codage.

Quand il est mentionné plus d'un type de traumatismes affectant une seule région du corps en S00-S99, T08-T35, T66-T79, et qu'il n'y a pas d'indication nette sur ce qui a causé la mort, le Principe général et les règles de sélection doivent être appliqués de façon habituelle.

Exemple 1 : I (a) Choc hémorragique
(b) Hémorragie péritonéale
(c) Rupture du foie
(d) Accident sur la voie publique

Choisir rupture du foie (S36.1), car c'est le point de départ de l'enchaînement aboutissant à l'affection mentionnée en premier sur le certificat.

Exemple 2 : I (a) Embolie graisseuse
(b) Fracture du fémur
(c) Lacération de la cuisse
(d) Accident de la circulation

Choisir fracture du fémur (S72.9), car c'est le point de départ de l'enchaînement aboutissant à l'affection mentionnée en premier sur le certificat. Il est "tout à fait improbable" que la lacération de la cuisse ait provoqué toutes les affections mentionnées au-dessus d'elle.

MORTALITÉ

Exemple 3 : I (a) Péritonite
(b) Rupture de l'estomac et du côlon transverse
(c) Accident de la circulation

Choisir rupture de l'estomac (S36.3), car c'est le point de départ de l'enchaînement mentionné en premier (en accord avec la règle 1).

Exemple 4 : I (a) Méningite purulente
(b) Contusion de la paupière et plaie pénétrante de l'orbite

Choisir plaie pénétrante de l'orbite (S05.4), car la contusion de la paupière choisie par application de la règle 2 est manifestement une conséquence directe de la plaie pénétrante de l'orbite (la règle 3 est appliquée).

Quand plus d'une région du corps est atteinte, le classement doit être fait à la catégorie correspondante des lésions traumatiques de plusieurs régions du corps (T00-T06). Cela s'applique à la fois au même type de traumatisme et à plus d'un type de traumatismes de différentes parties du corps.

4.2.11 Intoxications par des médicaments et des substances biologiques

Quand des associations d'agents médicaux classés différemment sont impliqués, procéder de la façon suivante :

A Choix de la cause initiale de décès

- (i) si un composant d'une association est précisé comme cause du décès, classer à ce composant

Exemple 5: I (a) empoisonnement par amphétamines
II Taux élevés d'héroïne et de flunitrazépam

Classer à Intoxication accidentelle par amphétamines (X41)
En inscrivant l'empoisonnement par amphétamines seul en partie I et mentionnant les autres substances en Partie II comme causes ayant contribué au décès, le certificateur a indiqué les amphétamines comme la substance la plus importante dans la survenue du décès.

CLASSIFICATION INTERNATIONALE DES MALADIES

Exemple 6: I (a) empoisonnement par alcool
II Taux élevés d'héroïne et de flunitrazépam

Classer à Intoxication accidentelle par alcool (X45) En inscrivant l'empoisonnement par alcool seul en partie I et mentionnant les autres substances en Partie II comme causes ayant contribué au décès, le certificateur a indiqué l'alcool comme la substance la plus importante dans la survenue du décès.

(ii) si aucun composant n'est précisé comme cause du décès, essayer d'obtenir des informations auprès du certificateur.

(iii) si aucune information n'est disponible, les associations d'agents médicamenteux et d'alcool doivent être classées à l'agent médicamenteux. En cas d'association de médicaments, classer à la catégorie « Autres » prévue pour l'association.

B) identification de la substance la plus dangereuse

Pour fournir des statistiques utiles sur les décès dus à des substances multiples, il est très important que la substance la plus dangereuse soit identifiée en plus de la cause initiale (Voir aussi, nature du traumatisme, pages 87-88). Pour choisir la substance la plus dangereuse, suivez les instructions suivantes :

Si un composant de l'association est indiqué comme cause du décès, classer à ce composant. Si aucun composant n'est indiqué comme cause du décès, classer les associations d'alcool et de médicament au médicament. Si la classification prévoit un code spécifique pour une association de médicaments, p. ex. anti-épileptiques en association (T42.5), classer à cette catégorie. Si aucune catégorie pour l'association n'est prévue, choisir d'après l'ordre de priorité suivant :

1. Opiacés (T40.0-T40.2)
2. En cas d'association d'opiacés classables à plus d'une sous-catégorie de T40.0 à T40.2, classer à T40.2
3. Cocaïne (T40.5)
4. Psycho-stimulants présentant un risque d'abus T43.6 y compris les amphétamines et leurs dérivés

MORTALITÉ

5. Narcotiques synthétiques et narcotiques autres et sans précision (T40.3-T40.4, T40.6)
6. En cas d'association de narcotiques classables à plus d'une sous-catégorie de T40.3 à T40.4, classer à T40.4
7. En cas d'association de narcotiques classables à plus d'une sous-catégorie de T40.3 à T40.4 avec association de narcotiques classables à T40.6, classer à T40.6
8. Antidépresseurs (T43.0-T43.2)
9. En cas d'association d'antidépresseurs classables à plus d'une sous-catégorie de T43.0 à T43.2, classer à T43.2
10. Analgésiques non opioïdes (T39.-)
11. En cas d'association d'analgésiques non opioïdes classables à plus d'une sous-catégorie de T39.0 à T39.4, classer à T39.8
12. Agents médicamenteux et biologiques non listés ci-dessus
13. Si le certificat de décès mentionne plus d'un de ces agents, classer au premier mentionné.

4.2.12 Causes externes

Les codes de causes externes (V01-Y89) doivent être utilisés en cause initiale en cas de codage d'affection unique et pour la mise en tableaux de la cause initiale quand, et seulement quand, l'affection morbide est classable au Chapitre XIX (Traumatismes, empoisonnements et certaines autres conséquences de causes externes).

Quand l'affection morbide est classée aux Chapitres I-XVIII, l'affection elle-même doit être classée comme cause initiale et les catégories du chapitre de causes externes peuvent être utilisées, si désiré, pour fournir des codes supplémentaires.

Quand il est certifié un enchaînement de causes externes, appliquer le Principe Général et les règles de sélection de façon habituelle et choisir la première cause externe ayant affecté le décédé.

Exemple: I (a) Hypothermie
(b) Exposition à froid
(c) Conducteur de voiture ayant quitté la route, dévalé une pente et resé incarcéré 3 jours avant sa découverte
(d) -
Coder à Conducteur de voiture blessé dans un accident de transport, sans collision (V48.5)

4.2.13 Expressions indiquant un diagnostic douteux

Les qualificatifs indiquant qu'il existe un certain doute sur la précision du diagnostic, comme "apparemment", "vraisemblablement", "probablement", etc., doivent être ignorés, car les mentions sans ces qualificatifs ne diffèrent de celles qui en sont munies que par le degré de certitude du diagnostic.

4.2.14 Virus de l'immuno-déficience humaine (VIH)

Si une transfusion sanguine a été effectuée pour traiter n'importe quelle affection (p. ex. une affection hématologique) et qu'elle entraîne une infection par le VIH, coder le VIH en cause initiale et non l'affection traitée.

Exemple 1: I (a) sarcome de Kaposi 1 an
(b) VIH 3 ans
(c) transfusion sanguine 5 ans
(d) Hémophilie naissance

Coder VIH.

Exemple 2: I (a) *Pneumocystis carinii* [*jirovecii*] 6 mois
(b) VIH 5 ans
(c) Rupture rate 7 ans
(d) Rixe 7 ans

Coder VIH.

MORTALITÉ

4.3 Mortalité périnatale : directives pour l'établissement du certificat et règles pour le codage

4.3.1 Etablissement du certificat de causes de décès périnatal

Dans la mesure du possible, un certificat spécial pour les causes de décès périnatal doit être rempli, dans lequel les causes seront précisées comme suit :

- (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

Le certificat doit comporter des renseignements permettant l'identification, avec dates et heures, la mention vivant ou mort-né, et des détails sur l'autopsie.

Pour une analyse approfondie de la mortalité périnatale, les données suivantes concernant tant la mère que l'enfant sont nécessaires, en plus des renseignements portant sur les causes de décès, et ce, non seulement à propos des décès périnatals mais également à propos de toutes les naissances vivantes :

Mère

Date de naissance

Nombre de grossesses antérieures :

enfants vivants/enfants mort-nés/avortements

Date et issue de la grossesse précédente :

enfant vivant/enfant mort-né/avortement

Grossesse actuelle

- premier jour des dernières règles (si cette date est inconnue, durée estimée de la grossesse en semaines entières)
- visites prénatales - deux examens ou plus : oui/non/inconnu
- accouchement : présentation normale et spontanée du sommet/autres présentations (préciser)

Enfant

Poids à la naissance, en grammes

CLASSIFICATION INTERNATIONALE DES MALADIES

Sexe : garçon/fille/indéterminé

Un seul enfant/premier jumeau/second jumeau/autres naissances multiples

En cas d'enfant mort-né, moment du décès : avant le travail/au cours du travail/inconnu

Le certificat de base peut également faire apparaître d'autres indications telles que certaines précisions sur la personne aidant à l'accouchement: médecin/sage-femme qualifiée/autre personne qualifiée (préciser)/autre (préciser).

La méthode appliquée pour recueillir les données supplémentaires est variable selon l'organisation de l'état civil adoptée dans chaque pays. Lorsqu'elles peuvent être rassemblées au moment de l'enregistrement de la mortinatalité ou du décès néonatal précoce, une formule analogue à celle du "Certificat relatif aux causes de décès périnatal", page 91, pourra être utilisée. Sinon, il faudra prendre des dispositions spéciales (par exemple, en couplant l'enregistrement de la naissance et du décès) pour rassembler les renseignements supplémentaires et la cause du décès.

Lorsque les règles de l'état civil permettent difficilement de mettre en service un modèle de certificat de décès commun pour les enfants nés vivants et les mort-nés, la solution pourrait être l'utilisation de formules distinctes pour la mortinatalité et la mortalité néonatale précoce, chacune d'elles comportant le modèle recommandé pour les causes de décès.

4.3.2 Formulation des causes de décès

Le certificat comporte cinq sections marquées de (a) à (e) destinées à recevoir l'indication des causes de décès périnataux. Inscrire dans les paragraphes (a) et (b) les maladies ou affections du fœtus ou de l'enfant, en faisant figurer seule la plus importante en (a) et le reste, éventuellement, en (b). Par "la plus importante", on entend l'affection qui, de l'avis du certificateur, a le plus contribué au décès du fœtus ou de l'enfant. La cause directe de la mort, par exemple insuffisance cardiaque, asphyxie, anoxie, ne doit pas figurer en (a) sauf si c'est la seule affection connue du fœtus ou de l'enfant. Cette remarque s'applique également à la prématurité.

MORTALITÉ

Dans les parties (c) et (d), mentionner l'ensemble des maladies ou affections maternelles qui, aux yeux du certificateur, ont eu un effet nocif sur le fœtus ou l'enfant. Là encore, la plus importante doit être consignée en (c) et les autres, le cas échéant, en (d). La partie (e) est prévue pour signaler toute autre circonstance qui a joué un rôle dans le décès, mais ne peut être qualifiée de maladie ou affection ni de l'enfant ni de la mère, par exemple un accouchement sans aucune assistance.

Les exemples suivants illustreront la manière de formuler les causes de décès dans les cas décrits :

Exemple 1. Une femme, dont les grossesses précédentes s'étaient terminées par des avortements spontanés à 12 et 18 semaines, a été admise pour travail prématuré alors qu'elle était enceinte de 24 semaines. Accouchement spontané d'un enfant de 750 grammes qui est mort au cours du premier jour. Conclusion principale de l'autopsie : "immaturité pulmonaire".

Causes du décès périnatal :

- (a) Immaturité pulmonaire
- (b) -
- (c) Déclenchement prématuré du travail, cause inconnue
- (d) Avortements à répétition
- (e) -

Exemple 2. Une primigeste de 26 ans, avec un antécédent de cycles menstruels réguliers, a reçu des soins prénatals habituels depuis la dixième semaine de sa grossesse. Entre 30 et 32 semaines, on note uniquement un retard du développement fœtal, confirmé à 34 semaines. Pas d'étiologie évidente; on note simplement l'existence d'une bactériurie asymptomatique. Une césarienne a été effectuée et un garçon vivant pesant 1600 g a été mis au monde. Le placenta pesait 300 g et était infarcté. Un syndrome de détresse respiratoire est apparu qui a répondu au traitement. L'enfant meurt subitement le troisième jour. L'autopsie révèle la présence d'abondantes membranes hyalines dans le poumon et une hémorragie intraventriculaire massive.

CLASSIFICATION INTERNATIONALE DES MALADIES

Causes du décès périnatal :

- (a) Hémorragie intraventriculaire
- (b) Syndrome de détresse respiratoire
Retard du développement foetal
- (c) Infarctus placentaire
- (d) Bactériurie gravidique
Césarienne
- (e) -

Exemple 3. Une diabétique connue, difficilement équilibrée pendant sa première grossesse, a été atteinte d'une anémie mégaloblastique à 32 semaines. Le travail a été déclenché à 38 semaines. Un accouchement par les voies naturelles a donné naissance à un enfant pesant 3200 g, qui a présenté une hypoglycémie et qui est mort le second jour. L'autopsie a montré l'existence d'un tronc artériel commun.

Causes du décès périnatal :

- (a) Tronc artériel commun
- (b) Hypoglycémie
- (c) Diabète
- (d) Anémie mégaloblastique
- (e) -

Exemple 4. Une femme de 30 ans, mère d'un garçon de quatre ans en bonne santé, a eu une grossesse normale à part l'existence d'un hydramnios. L'examen radiologique pratiqué à 36 semaines est en faveur d'une anencéphalie. Après déclenchement du travail, naissance d'un anencéphale mort-né pesant 1500 g.

Causes du décès périnatal :

- (a) Anencéphalie
- (b) -
- (c) Hydramnios
- (d) -
- (e) -

4.3.3 Mise en tableaux de la mortalité périnatale par cause

Pour des statistiques de mortalité périnatale provenant du modèle de certificat figurant à la page 91, une analyse complète de la mortalité par causes multiples de toutes les affections mentionnées sera plus informative. Quand cela est impossible, l'analyse de la maladie ou de l'affection principale du fœtus ou de l'enfant (partie (a)) et de l'affection maternelle principale affectant le fœtus ou l'enfant (partie (c)) avec mise en tableaux croisés des groupes de ces affections doit être considérée comme étant le minimum requis. Lorsqu'il est nécessaire de ne choisir qu'une seule affection (par exemple, quand il est nécessaire d'incorporer les décès néonataux précoces dans des tableaux de mortalité par cause unique de décès, à tous âges), la maladie ou l'affection principale du fœtus ou de l'enfant (partie (a)) doit être choisie.

4.3.4 Codage des causes de décès

Chaque affection notée en (a), (b), (c) et (d) sera classée séparément. Les affections maternelles affectant le fœtus ou l'enfant, inscrites en (c) et (d) seront classées aux rubriques P00-P04 et ces codes ne seront pas utilisés pour les sections (a) et (b). Les affections du fœtus ou de l'enfant, notées en (a), peuvent être classées à toute catégorie autre que P00-P04 mais elles seront le plus souvent classées dans les catégories P05-P96 (Affections périnatales) ou Q00-Q99 (Anomalies congénitales). Un seul numéro de code sera inscrit en (a) et (c), mais pour (b) et (d), on portera autant de numéros de code qu'il y aura d'affections signalées.

La section (e) est destinée à l'étude de chaque décès périnatal et ne devra pas normalement être codée. Si, toutefois, une analyse statistique des circonstances inscrites en (e) est désirée, quelques catégories appropriées peuvent exister dans les Chapitres XX et XXI; quand ce n'est pas le cas, les utilisateurs établiront leur propre système de classement pour ce renseignement.

4.3.5 Règles de codage

Les règles de sélection relatives à la mortalité générale ne s'appliquent pas au certificat de décès périnatal. Il peut toutefois arriver que les causes de décès n'aient pas été portées conformément aux directives données ci-dessus. Chaque fois que cela est possible, ces certificats doivent être corrigés par le certificateur mais, à défaut, les règles suivantes doivent être appliquées.

Règle P1. Cause immédiate de décès ou prématurité notée à la rubrique (a).

Lorsqu'une insuffisance cardiaque, une asphyxie ou une anoxie (tous états classés à P20.-, P21.-) ou la prématurité (tous états classés à P07.-) est portée en (a) et que d'autres affections du fœtus ou de l'enfant sont notées soit en (a) soit en (b), classer la première de ces autres affections comme si elle avait été notée seule en (a) et coder l'affection réellement inscrite en (a) comme si elle avait été portée en (b).

Exemple 1 : Né vivant; mort au quatrième jour Codage

- | | | |
|-----|--------------------------|-------|
| (a) | Prématurité | Q05.9 |
| (b) | Spina bifida | P07.3 |
| (c) | Insuffisance placentaire | P02.2 |
| (d) | - | |

La prématurité est codée en (b) et la spina bifida en (a).

Exemple 2 : Né vivant; mort à 50 minutes Codage

- | | | |
|-----|-----------------------------|-------|
| (a) | Asphyxie obstétricale grave | Q03.9 |
| | Hydrocéphalie | P21.0 |
| (b) | - | |
| (c) | Travail dystocique | P03.1 |
| (d) | Prééclampsie sévère | P00.0 |

L'asphyxie obstétricale grave est codée en (b) et l'hydrocéphalie en (a).

MORTALITÉ

Règle P2. Indication de plusieurs affections dans les rubriques (a) ou (c).

Lorsque deux affections ou plus sont portées en (a) ou en (c), classer la première des deux comme si elle avait été portée seule en (a) ou en (c), et les autres comme si elles étaient inscrites en (b) ou (d).

Exemple 3: Né mort; décès avant le début du travail Codage

- | | | |
|-----|--|-------|
| (a) | Malnutrition foetale sévère
Poids léger pour l'âge gestationnel
Anoxie ante-partum | P05.0 |
| (b) | - | P20.9 |
| (c) | Prééclampsie sévère
Placenta praevia | P00.0 |
| (d) | - | P02.0 |

Le poids léger pour l'âge gestationnel avec malnutrition est codé en (a) et l'anoxie ante-partum en (b); la prééclampsie sévère est codée en (c) et le placenta praevia en (d).

Exemple 4 : Né vivant; mort à deux jours Codage

- | | | |
|-----|---|----------------------------------|
| (a) | Hémorragie sous-durale due à un traumatisme obstétrical
Inhalation massive de méconium
Anoxie intra-utérine | P10.0 |
| (b) | Hypoglycémie
Durée prolongée de la grossesse | P24.0
P20.9
P70.4
P08.2 |
| (c) | Accouchement par forceps | P03.2 |
| (d) | Prééclampsie sévère | P00.0 |

L'hémorragie sous-durale est codée en (a) et les autres affections portées en (a) sont codées en (b).

Règle P3. Absence de mentions dans les parties (a) ou (c).

Lorsqu'aucune mention n'est inscrite en (a) mais que certaines affections du fœtus ou de l'enfant sont portées en (b), classer la première de celles-ci comme si elle avait été portée en (a); lorsque ni (a) ni (b) ne comportent de mentions, les codes soit P95 (Mort fœtale de cause non précisée) pour les mortinatalités soit P96.9 (Affection dont l'origine se situe dans la période périnatale, sans précision) pour les décès néonataux précoces, doivent être utilisés pour la section (a).

De même, si la partie (c) ne comporte aucune mention mais que certaines affections maternelles sont portées en (d), classer la première de celles-ci comme si elle avait été portée en (c); lorsque ni (c) ni (d) ne comportent de mentions, recourir à une notation arbitraire, par exemple xxx.x pour (c) afin d'indiquer qu'aucune affection maternelle n'a été signalée.

Exemple 5 : Né vivant; mort à 15 minutes Codage

- | | | |
|-----|---|-------|
| (a) | - | P10.4 |
| (b) | Déchirure tentorielle
Syndrome de détresse
respiratoire | P22.0 |
| (c) | - | xxx.x |
| (d) | - | |

La déchirure tentorielle est codée en (a), et le code arbitraire xxx.x est porté en (c).

Exemple 6 : Né vivant; mort à deux jours Codage

- | | | |
|-----|--|-------|
| (a) | - | P95 |
| (b) | - | |
| (c) | - | P00.0 |
| (d) | Eclampsie (hypertension essentielle de longue durée) | |

Codage de cause périnatale non précisée en (a); et d'éclampsie en (c).

MORTALITÉ

Règle P4. Affections portées sur une partie erronée du certificat.

Lorsqu'une affection maternelle (par exemple, affections classées en P00-P04) est portée en (a) ou en (b), ou si une affection du fœtus ou de l'enfant est portée en (c) ou en (d). coder les affections comme si elles avaient été portées sur la partie correcte.

Lorsqu'une affection classable comme affection du fœtus ou de l'enfant ou comme affection maternelle, est portée par erreur sur la partie (e), la coder comme affection additionnelle foetale ou maternelle en (b) ou (d), respectivement.

Exemple 7 : Né mort; décès après le début du travail

Codage

(a) Hypoxie intra-utérine sévère

P20.9

(b) Position occipito-postérieure persistante

(c) -

P03.1

(d) -

P03.2

(e) Accouchement difficile par forceps

La position occipito-postérieure persistante est codée en (c)

l'accouchement difficile par forceps est codé en (d).

4.4 Morbidité

Au moment de l'adoption, en 1948, de la sixième révision de la CIM, un certain nombre de demandes ont été reçues d'administrateurs de santé publique, de responsables de soins, d'autorités de la sécurité sociale et de chercheurs dans différentes disciplines concernant la santé, pour disposer d'une classification permettant des applications à la morbidité. La CIM a été, de ce fait, adaptée pour permettre le regroupement des données de morbidité, en plus de ses utilisations traditionnelles, et l'aspect "morbidité" a été progressivement étendu au cours des révisions successives. Les données de morbidité sont de plus en plus utilisées pour formuler des politiques et des programmes de santé, ainsi que pour leur gestion, leur surveillance et leur évaluation; en épidémiologie, pour identifier les populations à risque, et en recherche clinique (y compris des études sur la prévalence de maladies dans différents groupes socio-économiques).

CLASSIFICATION INTERNATIONALE DES MALADIES

L'affection à retenir pour l'analyse limitée à une affection unique de la morbidité est l'affection principale qui a été traitée ou étudiée pendant l'épisode considéré. L'affection principale est définie comme étant l'affection, diagnostiquée à la fin de l'épisode de soins, qui a essentiellement justifié le traitement ou les examens prescrits. En présence de plusieurs affections de ce type, on choisira celle qui a entraîné la consommation la plus élevée de ressources médicales. Si aucun diagnostic n'a été posé, on retiendra comme affection principale le symptôme, le résultat anormal ou le problème de santé essentiel.

En plus de l'affection principale, le dossier doit, chaque fois que cela est possible, faire mention séparément d'autres affections ou problèmes auxquels on a eu affaire pendant l'épisode de soins considéré. Ces affections sont celles qui coexistent ou qui surviennent pendant l'épisode de soins et qui influent sur la prise en charge du malade. Les affections qui se rapportent à un épisode antérieur et qui n'ont pas de conséquences pour l'épisode de soins considéré ne devront pas être enregistrées.

L'analyse limitée à une affection unique par épisode, implique nécessairement une perte d'information et il est donc recommandé, chaque fois que cela est possible, de procéder au classement et à l'analyse par affections multiples pour compléter les données de routine. On le fera en appliquant les règles locales, aucune règle internationale n'ayant été recommandée à cet égard. Cependant, une expérience acquise dans d'autres domaines peut être utile pour mettre au point des projets locaux.

4.4.1 Directives pour l'enregistrement des renseignements diagnostiques pour l'analyse limitée à une affection unique des données de morbidité

Considérations générales

Pour chaque épisode de soins, le praticien chargé du traitement du malade doit choisir l'affection principale à enregistrer, de même que toutes les autres affections. Ces informations doivent être organisées systématiquement en utilisant des méthodes d'enregistrement uniformes. Un dossier correctement rempli est un instrument essentiel pour la prise en charge des malades et constitue également une source précieuse de données épidémiologiques et d'autres données statistiques sur la morbidité et d'autres problèmes de soins.

MORBIDITÉ

Spécificité et détails

Chaque "énoncé diagnostique" doit avoir une valeur informative aussi grande que possible pour classer l'affection dans la catégorie de la CIM la plus spécifique. En voici quelques exemples :

- carcinome à cellules transitionnelles du trigone vésical
- appendicite aiguë avec perforation
- cataracte chez un diabétique, insulino-dépendant
- péricardite à méningocoques
- soins prénatals pour hypertension compliquant la grossesse
- diplopie due à une réaction allergique à un antihistaminique pris comme prescrit
- coxarthrose due à une ancienne fracture de la hanche
- fracture du col du fémur après chute à domicile
- brûlure de la paume de la main du troisième degré.

Diagnostics ou symptômes incertains

Si aucun diagnostic certain n'a été établi à la fin d'un épisode de soins, on enregistrera l'information qui donne le degré le plus élevé de spécificité et de connaissance sur l'affection qui a nécessité les soins ou une investigation. Il faudra alors mentionner un symptôme, un résultat anormal ou un problème, plutôt que d'indiquer un diagnostic en le qualifiant de "possible", "douteux" ou "soupçonné", lorsque ce diagnostic a été envisagé mais non confirmé.

Recours aux services de santé pour des raisons autres que la maladie

Les épisodes de soins ou de recours aux services de santé ne seront pas limités au traitement ou à l'investigation d'une maladie ou d'un traumatisme présent. Des épisodes peuvent également se produire quand quelqu'un qui n'est pas malade demande ou reçoit des soins ou des services limités; les détails des circonstances en question doivent être enregistrés comme "affection principale".

Par exemple :

- surveillance d'affections traitées antérieurement
- vaccination
- prise en charge contraceptive, soins prénatals et du post-partum
- surveillance de personnes à risque en raison d'antécédents personnels ou familiaux

CLASSIFICATION INTERNATIONALE DES MALADIES

- examens de personnes en bonne santé entrepris à des fins professionnelles ou d'assurance
- demandes de conseils en rapport avec la santé
- demandes d'avis pour des problèmes sociaux
- consultation pour le compte d'une tierce personne.

Le chapitre XXI (Facteurs influant sur l'état de santé et motif de recours aux services de santé) offre une vaste gamme de catégories (Z00-Z99) pour le classement de ces motifs; on se rapportera à ce chapitre pour identifier les renseignements nécessaires au classement dans la catégorie la plus appropriée.

Affections multiples

Lorsqu'un épisode de soins est destiné à traiter des affections multiples apparentées (par exemple, des traumatismes multiples, des séquelles multiples d'une maladie ou d'un traumatisme antérieur, ou des affections multiples survenant au cours de l'immunodéficience humaine virale [VIH], et que l'une des affections est manifestement plus grave et "consomme" plus de ressources médicales que les autres, c'est celle-là qui doit être retenue comme "affection principale", tandis que les autres seront mentionnées comme "autres affections". Si aucune affection ne prédomine, on peut choisir une expression telle que "fractures multiples", "traumatismes crâniens multiples" ou "maladie à VIH avec infections multiples" pour désigner "l'affection principale", en énumérant ensuite toutes ces affections. S'il existe un certain nombre de telles affections, aucune d'entre elles ne prédominant, un terme tel que "traumatismes multiples" ou "écrasements de sièges multiples" doit être enregistré seul.

Affections dues à des causes externes

Lorsqu'on enregistre une affection telle qu'un traumatisme, un empoisonnement ou un autre effet de causes externes, il importe de décrire complètement et la nature de l'affection et les circonstances qui l'ont provoquée. Par exemple : "fracture du col du fémur causée par une chute faite sur un trottoir glissant"; "contusion cérébrale provoquée par la perte de contrôle du véhicule qui a percuté un arbre"; "empoisonnement accidentel - le malade a bu du désinfectant qu'il a pris pour du jus de fruits"; ou "hypothermie grave - la malade est tombée dans son jardin par temps froid".

Traitement des séquelles

Si un épisode de soins se rapporte au traitement ou aux examens entrepris pour une affection résiduelle (séquelle) d'une maladie qui n'existe plus, on décrira la nature de la séquelle de manière exhaustive et on en donnera l'origine tout en indiquant nettement que la maladie initiale n'est plus présente. Par exemple : "déviation de la cloison nasale - fracture du nez pendant l'enfance", "rétraction du tendon d'Achille - séquelles d'un traumatisme du tendon", ou "stérilité due à une occlusion des trompes à la suite d'une tuberculose ancienne".

Lorsqu'il y a des séquelles multiples et que les traitements ou les examens ne se rapportent pas à l'une d'elles plus particulièrement, une mention telle que "séquelles d'un accident vasculaire cérébral" ou "séquelles de fractures multiples" est acceptable.

4.4.2 Directives pour le codage de l' "affection principale" et des "autres affections"**Considérations générales**

L'"affection principale" et les "autres affections" en rapport avec un épisode de soins doivent avoir été enregistrées par le praticien responsable et, dans ce cas, le codage sera facile car l'affection principale ainsi indiquée doit être acceptée pour le codage et le traitement des données à moins qu'il ne soit évident que les instructions données ci-dessus n'ont pas été suivies. Chaque fois que cela sera possible, un dossier dont l'affection principale est manifestement contradictoire ou incorrecte, doit être renvoyé pour clarification. A défaut, les règles MB1 à MB5 (section 4.4.3) aideront le codeur à traiter certaines des causes les plus fréquentes d'enregistrement incorrect. Les instructions données ci-dessous seront utilisées lorsque le codeur risque de ne pas être sûr du code qui convient.

Il a été recommandé de consigner les "autres affections" en rapport avec un épisode de soins en plus de l'affection principale, même pour une analyse limitée à une affection unique, car cette information peut aider à choisir le code correct de la CIM pour l'affection principale.

Codes supplémentaires facultatifs

Dans les instructions figurant ci-dessous, on indique parfois le code à utiliser de préférence pour l'"affection principale" ainsi qu'un code supplémentaire facultatif qui permet de donner plus de détails. Le code préféré indique l'"affection principale" pour l'analyse limitée à une cause unique et un code supplémentaire peut être ajouté pour l'analyse par affections multiples.

Codage des affections auxquelles s'applique le système des dagues et des astérisques

Pour les diagnostics auxquels s'applique le système des dagues et des astérisques, on utilisera à la fois le numéro de code marqué d'une dague et celui qui est désigné par un astérisque pour coder l'affection principale car il montre qu'il existe deux abords différents pour une affection unique.

Exemple 1 : Affection principale : Pneumopathie de la rougeole
Autres affections : -

Classer à rougeole compliquée d'une pneumopathie (B05.2+) et à pneumopathie au cours de maladies virales classées ailleurs (J17.1).*

Exemple 2 : Affection principale : Péricardite tuberculeuse
Autres affections : -

Classer à tuberculose d'autres organes précisés (A18.8+) et à péricardite au cours de maladies bactériennes classées ailleurs (I32.0).*

Exemple 3 : Affection principale : Maladie de Lyme avec arthrite
Autres affections : -

Classer à maladie de Lyme (A69.2+) et à arthrite au cours de la maladie de Lyme (M01.2).*

Codage des affections soupçonnées, des symptômes et résultats anormaux et des états non morbides

Le codeur devra en général éviter de retenir comme affection principale les affections classées dans les chapitres XVIII et XXI si l'épisode de soins se rapporte à un séjour en établissement hospitalier. S'il est évident qu'un diagnostic plus précis n'a pas été formulé à la fin du séjour, ou que les soins hospitaliers dispensés étaient réellement des soins destinés à un malade ne présentant pas à ce moment-là de maladie ou de traumatisme codable, les codes de ces chapitres sont néanmoins acceptables (voir également les règles MB3 et MB5, section 4.4.3). Ces catégories peuvent être utilisées de façon normale pour d'autres épisodes de recours aux services de santé.

Si, à la fin d'un épisode de soins, l'affection principale est toujours qualifiée de "suspectée", "douteuse", etc., et s'il n'y a pas d'autres informations ou explications, le diagnostic suspecté sera codé comme s'il était certain.

La catégorie Z03.- (Mise en observation et examen médical pour suspicion de maladies) s'applique aux diagnostics suspectés qui peuvent être exclus après investigation.

Exemple 4 : Affection principale : Cholécystite aiguë suspectée
Autres affections : -

Classer à cholécystite aiguë (K81.0) comme "affection principale".

Exemple 5 : Affection principale : Admis pour investigation d'une tumeur maligne suspectée du col de l'utérus - non confirmée

Classer à mise en observation pour suspicion de tumeur maligne (Z03.1) comme "affection principale".

Exemple 6 : Affection principale : Infarctus du myocarde non confirmé
Autres affections : -

Classer à mise en observation pour suspicion d'un infarctus du myocarde (Z03.4) comme "affection principale".

CLASSIFICATION INTERNATIONALE DES MALADIES

Exemple 7 : Affection principale : Epistaxis sévère
Autres affections : -
Malade hospitalisé un jour. Aucun acte ou investigation mentionné.

Classer à épistaxis (R04.0). Cela est acceptable car le malade a été manifestement admis pour traitement de l'urgence, seulement.

Codage des affections multiples

Lorsque des affections multiples sont enregistrées dans une catégorie intitulée "... multiples", et qu'aucune d'entre elles ne prédomine, le code pour la catégorie "... multiples" doit être utilisé de préférence, et des codes supplémentaires facultatifs peuvent être ajoutés pour chacune des affections mentionnées.

Ce codage s'applique surtout aux affections associées à la maladie due au VIH, aux traumatismes et aux séquelles.

Codage des associations d'affections

La CIM fournit certaines catégories permettant d'utiliser un code unique pour classer deux affections associées, ou une affection et un processus secondaire associé. Ces catégories doivent être utilisées pour l'affection principale lorsque des informations appropriées sont enregistrées. L'Index alphabétique indique où figurent de telles associations, précédées du terme "avec" immédiatement en retrait sous le terme principal. Deux ou plusieurs affections enregistrées comme "affection principale" peuvent être liées si l'une peut être considérée comme l'équivalent d'un adjectif qualifiant l'autre.

Exemple 8 : Affection principale : Insuffisance rénale
Autres affections : Néphropathie hypertensive

Classer à néphropathie hypertensive avec insuffisance rénale (I12.0) comme "affection principale".

MORBIDITÉ

Exemple 9 : Affection principale : Glaucome secondaire à une inflammation de l'oeil
Autres affections : -

Classer à glaucome secondaire à une inflammation de l'oeil (H40.4) comme "affection principale".

Exemple 10 : Affection principale : Occlusion intestinale
Autres affections : Hernie inguinale gauche

Classer à hernie inguinale, unilatérale ou sans précision, avec occlusion, sans gangrène (K40.3).

Exemple 11 : Affection principale : Cataracte. Diabète insulino-dépendant
Autres affections : Hypertension
Spécialité : Ophtalmologie

Classer à diabète sucré insulino-dépendant avec complications oculaires (E10.3+) et à cataracte diabétique (H28.0) comme "affection principale".*

Exemple 12 : Affection principale : Diabète sucré non insulino-dépendant
Autres affections : Hypertension
Polyarthrite rhumatoïde
Cataracte
Spécialité : Médecine générale

Classer à diabète sucré non insulino-dépendant, sans complications (E11.9) comme "affection principale". Noter que dans cet exemple le lien entre la cataracte et le diabète ne doit pas être fait car ils ne sont pas enregistrés ensemble sous "affection principale".

Codage des causes externes de morbidité

Il est recommandé, pour les traumatismes et autres affections dues à des causes externes de coder tant la nature de l'affection que les circonstances de la cause externe. Le code préféré pour l'"affection principale" devrait être celui qui désigne la nature de l'affection. Celle-ci sera généralement classée, mais pas toujours, dans le Chapitre XIX. Le code du Chapitre XX indiquant la cause externe sera utilisé comme code supplémentaire facultatif.

Exemple 13 : Affection principale : Fracture du col du fémur due à une chute de plain-pied résultant de trébuchement sur un trottoir inégal
Autres affections : Contusions du coude et du bras

Classer à fracture du col du fémur (S72.0) comme "affection principale". Le code de cause externe pour chute de plain-pied résultant de glissade, faux pas et trébuchement dans une rue ou une route (W01.4) peut être utilisé comme code supplémentaire facultatif.

Exemple 14 : Affection principale : Hypothermie sévère - la malade est tombée dans son jardin par temps froid
Autres affections : Sénilité

Classer à hypothermie (T68) comme "affection principale". Le code de cause externe pour exposition à un froid naturel excessif à domicile (X31.0) peut être utilisé comme code supplémentaire facultatif.

Exemple 15 : Affection principale : Diplopie due à une réaction allergique à un antihistaminique pris comme prescrit
Autres affections : -

Classer à diplopie (H53.2) comme "affection principale". Le code de cause externe pour les anti-allergiques et anti-émétiques provoquant des effets indésirables pendant leur emploi thérapeutique (Y43.0) peut être utilisé comme code supplémentaire facultatif.

MORBIDITÉ

Exemple 16 : Affection principale : Hémoglobinurie due à un entraînement pour une course de marathon
(entraînement en plein air sur la piste d'un stade)

Autres affections : -

Classer à hémoglobinurie due à une hémolyse relevant d'autres causes externes (D59.6) comme "affection principale". Le code de cause externe pour surmenage et mouvements épuisants ou répétés dans des lieux de sports et d'athlétisme (X50.3) peut être utilisé comme code supplémentaire facultatif.

Codage des séquelles de certaines affections

La CIM fournit un certain nombre de catégories intitulées "Séquelles de ..." (B90-B94, E64.-, E68, G09, I69.-, O97, T90-T98, Y85-Y89). Celles-ci peuvent être utilisées pour coder les conséquences des affections qui ne sont pas elles-mêmes présentes lors de l'épisode de soins comme causes du problème justifiant les soins ou les examens. Le code retenu pour "affection principale" doit être celui qui désigne la nature des séquelles elles-mêmes, auquel on peut ajouter le code "Séquelles de ..." comme code supplémentaire facultatif.

Lorsque l'on se trouve en face d'un certain nombre de séquelles très précises et qu'aucune ne prédomine ni par sa gravité ni par la consommation de ressources thérapeutiques qu'elle entraîne, on peut retenir comme "affection principale" le terme "Séquelles de ..." que l'on peut classer sous la rubrique appropriée. Il suffit pour cela que l'affection causale soit décrite comme étant "ancienne", "stabilisée" etc., ou que les affections résultantes soient décrites comme "complications tardives de ..." ou "séquelles de ...". Il n'y a pas d'intervalle de temps minimum.

Exemple 17 : Affection principale : Dysphasie due à un infarctus cérébral ancien

Autres affections : -

Classer à dysphasie (R47.0) comme "affection principale". Le code pour les séquelles d'infarctus cérébral (I69.3) peut être utilisé comme code supplémentaire facultatif.

CLASSIFICATION INTERNATIONALE DES MALADIES

Exemple 18 : Affection principale : Arthrose de la hanche due à une ancienne fracture de la hanche provoquée par un accident de véhicule à moteur, il y a dix ans.

Autres affections : -

Classer à autres coxarthroses post-traumatiques (M16.5) comme "affection principale". Les codes pour séquelles de fracture du fémur (T93.1) et séquelles d'accident de véhicule à moteur (Y85.0) peuvent être utilisés comme codes supplémentaires facultatifs.

Exemple 19 : Affection principale : Effets tardifs d'une poliomyélite

Autres affections : -

Classer à séquelles de poliomyélite (B91) comme "affection principale" car on ne dispose d'aucune autre information.

Codage des affections aiguës et chroniques

Lorsque l'affection principale est mentionnée comme étant à la fois aiguë (ou subaiguë) et chronique, et que la CIM offre des catégories ou des sous-catégories distinctes pour chaque aspect, c'est l'affection aiguë qui doit être retenue de préférence comme affection principale :

Exemple 20 : Affection principale : Cholécystite aiguë et chronique

Autres affections : -

Classer à cholécystite aiguë (K81.0) comme "affection principale". Le code pour cholécystite chronique (K81.1) peut être utilisé comme code supplémentaire facultatif.

Exemple 21 : Affection principale : Episode aigu d'une bronchite chronique obstructive

Autres affections : -

Classer à maladie pulmonaire obstructive chronique avec épisodes aigus (J44.1) comme "affection principale" puisque la CIM fournit un code approprié pour l'association.

MORBIDITÉ

Codage des accidents et complications survenant au cours d'actes médicaux et chirurgicaux

Il existe dans le Chapitre XIX (T80-T88) des catégories pour certaines complications liées à des actes chirurgicaux et à d'autres actes, par exemple, infections d'une plaie chirurgicale, complications mécaniques d'implants, choc, etc. La plupart des chapitres relatifs aux divers systèmes, appareils et organes contiennent également des catégories pour les accidents qui sont soit des conséquences d'actes et de techniques particuliers soit le résultat de l'ablation d'un organe, par exemple, syndrome de lymphoedème post-mastectomie, hypothyroïdie après irradiation. Certaines affections (par exemple pneumopathie, embolie pulmonaire) qui peuvent apparaître dans la période qui suit un acte médical ou chirurgical ne sont pas considérées comme des entités particulières et sont, de ce fait, classées de la façon habituelle, mais un code supplémentaire facultatif de Y83-Y84 peut être ajouté pour identifier la relation qui existe avec l'acte effectué.

Quand les accidents et les complications surviennent après un acte médical ou chirurgical et sont enregistrés comme étant l'affection principale, il est nécessaire de se reporter aux qualificatifs de l'Index alphabétique pour choisir le code approprié.

Exemple 22 : Affection principale : Hypothyroïdie après une thyroïdectomie effectuée un an auparavant

Autres affections : -
Spécialité : Médecine générale

Classer à hypothyroïdie post-chirurgicale (E89.0) comme "affection principale".

Exemple 23 : Affection principale : Hémorragie abondante après extraction dentaire

Autres affections : Douleur
Spécialité : Médecine dentaire

Classer à hémorragie compliquant un acte à visée diagnostique et thérapeutique (T81.0) comme "affection principale".

CLASSIFICATION INTERNATIONALE DES MALADIES

Exemple 24 : Affection principale : Psychose post-opératoire après chirurgie plastique

Autres affections : -

Spécialité : Psychiatrie

Classer à psychose (F09) comme "affection principale", et compléter par Y83.8 (autres interventions chirurgicales [comme cause de la réaction anormale du malade]) pour indiquer la relation avec l'acte effectué.

4.4.3 Règles pour procéder à un nouveau choix lorsque l'affection principale mentionnée paraît incorrecte

Il appartient au praticien responsable d'indiquer l'"affection principale" à coder, et cela doit être normalement accepté pour le codage, sous réserve des instructions précédentes et des notes spécifiques de chapitre mentionnées dans la section 4.4.4. Cependant, certaines circonstances, ou l'existence d'autres informations, peuvent faire soupçonner que le praticien n'a pas suivi la procédure correcte. S'il n'est pas possible d'obtenir de lui des explications, on appliquera l'une des règles suivantes pour effectuer à nouveau le choix de l'"affection principale".

Règles pour le nouveau choix de l'affection principale

Règle MB1 : Affection mineure enregistrée comme "affection principale", affection plus importante indiquée comme "autre affection".

Lorsqu'une affection mineure ou ancienne, ou un problème de santé fortuit, est enregistré comme "affection principale", et qu'une affection plus importante correspondant au traitement donné et/ou à la spécialité dont relevait le malade, est mentionnée comme "autre affection", choisir cette dernière comme "affection principale".

Règle MB2 : Affections multiples énumérées sous "affection principale".

Si plusieurs affections qui ne peuvent pas être codées ensemble sont enregistrées comme "affection principale", et si d'autres détails indiquent que l'une d'entre elles est l'"affection principale" pour laquelle le malade a reçu des soins, choisir cette affection. Sinon, retenir la première affection mentionnée.

Règle MB3 : L'affection enregistrée comme "affection principale" est le symptôme initial de l'affection diagnostiquée et traitée.

Lorsqu'un symptôme ou un signe (généralement classable au Chapitre XVIII), ou un problème classable au Chapitre XXI, est enregistré comme "affection principale" et qu'il est manifestement le signe, le symptôme ou l'expression initiale d'une affection diagnostiquée, enregistrée ailleurs, et que des soins ont été dispensés pour cette dernière, retenir l'affection diagnostiquée comme "affection principale".

Règle MB4 : Diagnostic plus précis

Lorsque le diagnostic enregistré comme "affection principale" décrit une affection en termes généraux et qu'un terme donnant des informations plus précises sur le siège ou la nature de l'affection, est enregistré ailleurs, choisir ce dernier comme "affection principale", si cela n'entraîne pas une perte d'information.

Règle MB5 : Différents diagnostics principaux possibles

Lorsqu'un symptôme ou un signe est enregistré comme "affection principale" accompagné de l'indication qu'il peut être dû soit à une affection soit à une autre, retenir le symptôme comme "affection principale". Lorsque deux affections ou plus sont enregistrées comme options diagnostiques pour l'"affection principale", retenir la première affection enregistrée.

Exemples d'application des règles pour le nouveau choix de l'affection principale

Règle MB1 : Affection mineure enregistrée comme "affection principale", affection plus importante indiquée comme "autre affection"

Lorsqu'une affection mineure ou ancienne, ou un problème de santé fortuit, est enregistré comme "affection principale", et qu'une affection plus importante correspondant au traitement donné et/ou à la spécialité dont relevait le malade, est mentionnée comme "autre affection", choisir cette dernière comme "affection principale".

Exemple 1 : Affection principale : Sinusite aiguë
Autres affections : Carcinome de l'endocol
Hypertension
Malade hospitalisé pendant trois semaines
Opération : Hystérectomie totale
Spécialité : Gynécologie

Retenir le carcinome de l'endocol comme "affection principale" et classer à C53.0.

Exemple 2 : Affection principale : Polyarthrite rhumatoïde
Autres affections : Diabète sucré
Hernie crurale étranglée
Artériosclérose généralisée
Malade hospitalisé pendant deux semaines
Opération : Herniorrhaphie
Spécialité : Chirurgie

Retenir la hernie crurale étranglée comme "affection principale" et classer à K41.3

Exemple 3 : Affection principale : Epilepsie
Autres affections : Otomycose
Spécialité : Oto-rhino-laryngologie

Retenir l'otomycose comme "affection principale" et classer à B36.9+ et H62.2*.

MORBIDITÉ

Exemple 4 : Affection principale : Insuffisance cardiaque congestive
Autres affections : Fracture du col du fémur due à une chute du lit pendant l'hospitalisation
Malade hospitalisé pendant quatre semaines
Opération : Ostéosynthèse
Spécialité : Médecine interne pendant une semaine, puis transfert en chirurgie orthopédique pour traitement de la fracture

Retenir la fracture du col du fémur comme "affection principale" et classer à S72.0.

Exemple 5 : Affection principale : Carie dentaire
Autres affections : Rétrécissement mitral rhumatismal
Opération : Extractions dentaires
Spécialité : Médecine dentaire

Choisir carie dentaire comme "affection principale" et classer à K02.9. La règle MB1 ne s'applique pas. La carie dentaire pourrait être considérée comme affection mineure et le rétrécissement mitral rhumatismal, affection plus importante, mais ce n'est pas cette dernière maladie qui a été traitée pendant l'épisode de soins dans la mesure où la spécialité et l'opération sont précisées.

Règle MB2 : Affections multiples énumérées sous "affection principale"

Si plusieurs affections qui ne peuvent pas être codées ensemble sont enregistrées comme "affection principale", et si d'autres détails indiquent que l'une d'entre elles est l'"affection principale" pour laquelle le malade a reçu des soins, choisir cette affection. Sinon, retenir la première affection mentionnée.

Note : Voir également pages 103-105, codage d'affections multiples et codage des associations d'affections.

Exemple 6 : Affection principale : Cataracte
Méningite staphylococcique
Cardiopathie ischémique

CLASSIFICATION INTERNATIONALE DES MALADIES

Autres affections : -
Malade hospitalisé pendant cinq semaines
Spécialité : Neurologie

Choisir la méningite staphylococcique comme "affection principale" et classer à G00.3 du fait du séjour précisé en neurologie.

Exemple 7 : Affection principale : Bronchite obstructive chronique
Hypertrophie de la prostate
Psoriasis
Malade soigné en ambulatoire par un dermatologue.

Choisir le psoriasis comme "affection principale" et classer à L40.0 du fait du type de recours aux soins.

Exemple 8 : Affection principale : Rétrécissement mitral
Bronchite aiguë
Polyarthrite rhumatoïde
Autres affections : -
Spécialité : Médecine générale

Aucune information sur le traitement.

Choisir le rétrécissement mitral, la première affection mentionnée, comme "affection principale", et classer à I05.0

Exemple 9 : Affection principale : Gastrite chronique
Tumeur maligne secondaire des
ganglions lymphatiques axillaires
Carcinome du sein
Autres affections : -
Opération : Mastectomie

Choisir tumeur maligne du sein comme "affection principale" et classer à C50.9 du fait du type de soins.

Exemple 10 : Affection principale : Rupture prématurée des membranes
Présentation par le siège
Anémie

MORBIDITÉ

Autres affections : -
Opération : Accouchement spontané

Choisir rupture prématurée des membranes, la première affection mentionnée comme "affection principale" et classer à O42.9.

Règle MB3 : L'affection enregistrée comme "affection principale" est le symptôme initial de l'affection diagnostiquée et traitée

Lorsqu'un symptôme ou un signe (généralement classable au Chapitre XVIII), ou un problème classable au Chapitre XXI, est enregistré comme "affection principale" et qu'il est manifestement le signe, le symptôme ou l'expression initiale d'une affection diagnostiquée, enregistrée ailleurs, et que des soins ont été dispensés pour cette dernière, retenir l'affection diagnostiquée comme "affection principale".

Exemple 11 : Affection principale : Hématurie

Autres affections : Varices des jambes
Papillomes de la paroi postérieure de la vessie
Traitement : Excision par diathermie des papillomes
Spécialité : Urologie

Retenir les papillomes de la paroi postérieure de la vessie comme "affection principale" et classer à D41.4.

Exemple 12 : Affection principale : Coma

Autres affections : Cardiopathie ischémique
Otosclérose
Diabète sucré, insulino-dépendant
Spécialité : Endocrinologie
Soins : Recherche de la dose correcte d'insuline

Retenir le diabète sucré insulino-dépendant comme "affection principale" et classer à E10.0. L'information fournie montre que le coma était dû au diabète sucré et l'on tient compte du coma car il modifie le codage.

CLASSIFICATION INTERNATIONALE DES MALADIES

Exemple 13 : Affection principale : Douleur abdominale
Autres affections : Appendicite aiguë
Opération : Appendicectomie

Retenir l'appendicite aiguë comme "affection principale" et classer à K35.9.

Exemple 14 : Affection principale : Convulsions fébriles
Autres affections : Anémie
Aucune information sur le traitement

Accepter les convulsions fébriles comme "affection principale" et classer à R56.0. La règle MB3 ne s'applique pas car l'"affection principale" indiquée n'est pas un symptôme initial de l'autre affection mentionnée.

Règle MB4 : Diagnostic plus précis

Lorsque le diagnostic enregistré comme "affection principale" décrit une affection en termes généraux et qu'un terme donnant des informations plus précises sur le siège ou la nature de l'affection, est enregistré ailleurs, choisir ce dernier comme "affection principale".

Exemple 15 : Affection principale : Accident vasculaire cérébral
Autres affections : Diabète sucré
Hypertension
Hémorragie cérébrale

Retenir l'hémorragie cérébrale comme "affection principale" et classer à I61.9

Exemple 16 : Affection principale : Cardiopathie congénitale
Autres affections : Communication interventriculaire

Retenir la communication interventriculaire comme "affection principale" et classer à Q21.0.

Exemple 17 : Affection principale : Entérite
Autres affections : Maladie de Crohn de l'intestin grêle

MORBIDITÉ

Retenir la maladie de Crohn de l'intestin grêle comme "affection principale" et classer à K50.0.

Exemple 18 : Affection principale : Dystocie
Autres affections : Foetus hydrocéphale
Détresse foetale
Opération : Césarienne

Retenir la dystocie due à d'autres anomalies foetales comme "affection principale" et classer à O66.3.

Règle MB5 : Différents diagnostics principaux possibles

Lorsqu'un symptôme ou un signe est enregistré comme "affection principale" accompagné de l'indication qu'il peut être dû soit à une affection soit à une autre, retenir le symptôme comme "affection principale". Lorsque deux affections ou plus sont enregistrées comme options diagnostiques pour l'"affection principale", retenir la première affection enregistrée.

Exemple 19 : Affection principale : Céphalée due à un stress et une tension
ou à une sinusite aiguë
Autres affections : -

Choisir la céphalée comme "affection principale" et classer à R51.

Exemple 20 : Affection principale : Cholécystite aiguë ou pancréatite aiguë
Autres affections : -

Choisir la cholécystite aiguë comme "affection principale" et classer à K81.0.

Exemple 21 : Affection principale : Gastro-entérite due à une infection ou à
une intoxication alimentaire
Autres affections : -

Choisir la gastro-entérite infectieuse comme "affection principale" et classer à A09.

4.4.4 Notes spécifiques à certains chapitres

Des directives sont données ci-dessous pour certains chapitres spécifiques dans lesquels on peut se heurter à des problèmes de sélection des codes préférés de l'"affection principale". Les directives et règles générales précédentes s'appliquent à tous les chapitres à moins qu'une note spécifique au chapitre n'indique le contraire.

Chapitre I : Certaines maladies infectieuses et parasitaires

B20-B24 Maladies dues au virus de l'immunodéficience humaine [VIH]

Un malade dont le système immunitaire est compromis par une maladie due au VIH peut parfois, pendant le même épisode de soins, nécessiter un traitement pour plus d'une maladie, par exemple, des affections mycobactériennes et à cytomégalovirus. Des catégories et des sous-catégories sont prévues dans ce bloc pour l'immunodéficience humaine virale (VIH) avec d'autres maladies en résultant. Classer à la sous-catégorie appropriée pour l'"affection principale".

Lorsque l'"affection principale" a été enregistrée comme une immunodéficience humaine virale (VIH) avec de multiples maladies associées, la sous-catégorie appropriée .7 de B20-B22 doit être choisie. Des affections classables à deux sous-catégories ou plus de la même catégorie doivent être classées à la sous-catégorie .7 de la catégorie correspondante (par exemple, B20 ou B21). La sous-catégorie B22.7 doit être utilisée quand des affections classables à deux catégories ou plus de B20-B22, existent. Des codes supplémentaires du bloc B20-B24 peuvent être utilisés, si nécessaire, pour préciser chacune des affections mentionnées.

Dans les rares cas où l'affection associée prédomine manifestement sur l'infection par le VIH, l'association ne doit pas être classée et les règles de sélection doivent être suivies.

Exemple 1 : Affection principale : Maladie due au VIH et sarcome de Kaposi

Autres affections : -

Classer à maladie par VIH à l'origine d'un sarcome de Kaposi (B21.0).

MORBIDITÉ

Exemple 2 : Affection principale : Toxoplasmose et cryptococcose chez un malade VIH-positif

Autres affections : -

Classer à maladie par VIH à l'origine d'infections multiples (B20.7). B20.8 (maladie par VIH à l'origine d'autres maladies infectieuses et parasitaires) et B20.5 (maladie par VIH à l'origine d'autres mycoses) peuvent être utilisés, au besoin, comme codes supplémentaires.

Exemple 3 : Affection principale : Maladie due au VIH avec pneumopathie à *Pneumocystis carinii*, lymphome de Burkitt et candidose buccale

Autres affections : -

Classer à maladie par VIH à l'origine de maladies multiples (B22.7). Les codes supplémentaires B20.6 (maladie par VIH à l'origine de pneumopathie à *Pneumocystis carinii*), B21.1 (maladie par VIH à l'origine d'un lymphome de Burkitt) et B20.4 (maladie par VIH à l'origine d'une candidose), peuvent être utilisés, au besoin.

Les sous-catégories B20-B23 sont les seuls codes facultatifs à quatre caractères pour les pays utilisant la version à quatre caractères de la CIM-10. Quand on ne veut pas utiliser ces sous-catégories facultatives à quatre caractères, des codes d'autres parties de la classification doivent être utilisés comme codes supplémentaires pour identifier les affections spécifiques secondaires. Dans l'exemple 1, ci-dessus, l'"affection principale" devrait être classée à B21 (maladie par VIH à l'origine d'une tumeur maligne). Le classement à C46.9 (sarcome de Kaposi) serait utilisé comme code supplémentaire. Dans l'exemple 2, l'"affection principale" serait classée à B20 (maladie par VIH à l'origine de maladies infectieuses et parasitaires). Les codes B58.9 (Toxoplasmose, sans précision) et B45.9 (Cryptococcose, sans précision) seraient utilisés comme codes supplémentaires.

La décision d'utiliser les sous-catégories B20-B23 à quatre caractères ou le codage multiple pour identifier les affections spécifiques doit être prise au moment de la mise en application de la CIM-10.

B90-B94 Séquelles de maladies infectieuses et parasitaires

Ces catégories ne doivent pas être utilisées pour l'"affection principale" si la nature de la séquelle est enregistrée. Lors du codage de la séquelle, B90-B94 peuvent être utilisés comme codes supplémentaires facultatifs (voir page 106, Codage des séquelles).

B95-B97 Agents d'infections bactériennes, virales et autres

Ces catégories ne doivent pas être utilisées pour le codage de l'"affection principale". Elles sont proposées pour fournir, au besoin, des codes supplémentaires si l'on désire identifier l'agent infectieux ou l'organisme responsable de maladies classées en dehors du Chapitre I. Les infections de siège non précisé dues à ces agents sont classées ailleurs, dans le Chapitre I.

Exemple 4 : Affection principale : Cystite aiguë due à *E. coli*
Autres affections : -

*Classer à cystite aiguë (N30.0) comme "affection principale".
B96.2 *E. coli*, cause de maladies classées dans d'autres chapitres) peut être utilisé comme code supplémentaire facultatif.*

Exemple 5 : Affection principale : Infection bactérienne
Autres affections: -

*Classer à infection bactérienne, sans précision (A49.9),
comme "affection principale", et non pas à B95-B97.*

Chapitre II : Tumeurs

Lors du codage de tumeurs, il faut se référer aux notes d'introduction au Chapitre II du Volume 1 et à l'introduction de l'Index alphabétique (Volume 3) concernant l'attribution du code et l'emploi de descriptions morphologiques.

MORBIDITÉ

Une tumeur, qu'elle soit primitive ou secondaire, qui est l'objet des soins pendant un épisode de traitement, doit être enregistrée et codée comme "affection principale". Quand l'"affection principale", telle qu'elle a été enregistrée par le praticien, est une tumeur primitive qui n'existe plus (dont l'ablation a eu lieu pendant un épisode de soins précédent), classer comme "affection principale" la tumeur secondaire, la complication actuelle ou la circonstance appropriée codable au Chapitre XXI (voir page 99, Recours aux services de santé pour des raisons autres que la maladie) qui est l'objet du traitement ou des investigations pendant l'épisode de soins en cours. Un code approprié du Chapitre XXI pour antécédent personnel de tumeur peut être utilisé comme code supplémentaire facultatif.

Exemple 6 : Affection principale : Carcinome de la prostate
Autres affections : Bronchite chronique
Opération : Prostatectomie

Classer à tumeur maligne de la prostate (C61) comme "affection principale".

Exemple 7 : Affection principale : Carcinome du sein - exérèse il y a deux ans
Autres affections : Carcinome secondaire du poumon
Opération : Bronchoscopie avec biopsie

Classer à tumeur maligne secondaire du poumon (C78.0) comme "affection principale". Z85.3 (Antécédents personnels de tumeur maligne du sein) peut être utilisé comme code supplémentaire facultatif.

Exemple 8 : Affection principale : Exérèse d'un cancer de la vessie - admission pour examen de contrôle par cystoscopie
Autres affections : -
Opération : Cystoscopie

Classer à examen de contrôle après traitement chirurgical d'une tumeur maligne (Z08.0) comme "affection principale". Z85.5 (Antécédents personnels de tumeur maligne des voies urinaires) peut être utilisé comme code supplémentaire facultatif.

C80 Tumeur maligne de siège non précisé

C97 Tumeurs malignes de sièges multiples indépendants (primitifs)

C80 ne doit être utilisé pour le codage de l'"affection principale" que lorsque le praticien a bien enregistré la tumeur de cette façon. C97 doit être utilisé quand le praticien enregistre comme "affection principale" deux tumeurs malignes primitives indépendantes, ou plus, et qu'aucune d'entre elles ne prédomine. Des codes supplémentaires peuvent être utilisés pour identifier chacune des tumeurs malignes mentionnées.

Exemple 9 : Affection principale : Carcinomatose
Autres affections : -

Classer à tumeur maligne de siège non précisé (C80).

Exemple 10 : Affection principale : Myélome multiple et adénocarcinome primitif de la prostate

Classer à tumeurs malignes de sièges multiples indépendants (primitifs) (C97). C90.0 (Myélome multiple) et C61 (Tumeur maligne de la prostate) peuvent être utilisés comme codes supplémentaires facultatifs.

Chapitre III : Maladies du sang et des organes hématopoïétiques et certains troubles du système immunitaire

Certaines affections classables dans ce chapitre peuvent être dues à des médicaments ou d'autres causes externes. Des codes du Chapitre XX peuvent être utilisés comme codes supplémentaires facultatifs.

Exemple 11 : Affection principale : Anémie par carence en acide folique due au triméthoprim
Autres affections : -

Classer à anémie par carence en acide folique due à des médicaments (D52.1) comme "affection principale". Y41.2 (Antipaludiques et médicaments agissant sur d'autres protozoaires du sang provoquant des effets indésirables en thérapeutique) peut être utilisé comme code supplémentaire facultatif.

Chapitre IV : Maladies endocriniennes, nutritionnelles et métaboliques

Certaines affections classables dans ce chapitre peuvent être dues à des médicaments ou à d'autres causes externes. Des codes du Chapitre XX peuvent être utilisés comme codes supplémentaires facultatifs.

E10-E14 Diabète sucré

Lors du codage de l'"affection principale", le choix d'une sous-catégorie appropriée doit être basée sur l'"affection principale" telle qu'elle est enregistrée par le praticien. La sous-catégorie .7 ne doit être utilisée pour coder l'"affection principale" que lorsque des complications multiples du diabète ont été enregistrées comme "affection principale", sans aucune préférence pour l'une d'elles. Des codes pour chacune des complications mentionnées peuvent être ajoutés comme codes supplémentaires facultatifs.

Exemple 12 : Affection principale : Insuffisance rénale due à une
glomérulonéphrose diabétique

Classer à diabète sucré, sans précision, avec complications rénales (E14.2+ et N08.3*).

Exemple 13 : Affection principale : Diabétique insulino-dépendant avec
néphropathie, gangrène et cataracte

Autres affections : -

Classer à diabète sucré insulino-dépendant avec complications multiples (E10.7). Les codes E10.2+ et N08.3* (Diabète insulino-dépendant avec néphropathie), E10.5 (Diabète insulino-dépendant avec complications vasculaires périphériques) et E10.3+ et H28.0* (Diabète insulino-dépendant avec cataracte) peuvent être ajoutés comme codes supplémentaires facultatifs pour identifier chacune des complications.

E34.0 Syndrome carcinoïde

Cette catégorie ne doit pas être utilisée pour l'"affection principale" si une tumeur carcinoïde est enregistrée, à moins que l'épisode de soins ait surtout été motivé par le syndrome endocrinien lui-même. Lors du codage de la tumeur, E34.0 peut être utilisé comme code supplémentaire facultatif pour identifier l'activité fonctionnelle.

E64.- Séquelles de malnutrition et autres carences nutritionnelles

E68 Séquelles d'excès d'apport

Ces catégories ne doivent pas être utilisées pour l'"affection principale" si la nature de l'affection résiduelle est enregistrée. Lors du codage de l'affection résiduelle, E64.- ou E68 peut être utilisé comme code supplémentaire facultatif.

Chapitre V : Troubles mentaux et du comportement

Les définitions des catégories et sous-catégories de ce chapitre sont données pour aider le praticien à établir des choix diagnostiques; elles ne doivent pas être utilisées par les codeurs. Le code de l'"affection principale" doit être attribué sur la base du diagnostic enregistré par le praticien, même s'il semble y avoir un conflit entre l'affection, telle qu'elle est enregistrée, et la définition. Dans certaines catégories, il est prévu de pouvoir utiliser des codes supplémentaires facultatifs.

Chapitre VI :Maladies du système nerveux

Certaines affections classables dans ce chapitre peuvent être dues à des médicaments ou à d'autres causes externes. Des codes du Chapitre XX peuvent être utilisés comme codes supplémentaires facultatifs.

G09 Séquelles d'affections inflammatoires du système nerveux central

Cette catégorie ne doit pas être utilisée pour l'"affection principale" si la nature de la séquelle est enregistrée. Lors du codage de la séquelle, G09 peut être utilisé comme code supplémentaire facultatif. Noter que les séquelles des catégories G01*, G02*, G05* et G07* ne doivent pas être classées à G09, mais plutôt aux catégories prévues pour les séquelles de l'affection initiale, par exemple, B90-B94. S'il n'y a pas de catégorie de séquelles pour l'affection initiale, classer à l'affection initiale elle-même.

Exemple 14 : Affection principale : Surdité due à une méningite
tuberculeuse

Spécialité : R ducation de la parole et de l'audition

Classer à perte de l'audition, sans précision (H91.9) comme "affection principale". B90.0 (Séquelles de tuberculose du système nerveux central) peut être utilisé comme code supplémentaire facultatif.

Exemple 15 : Affection principale : Epilepsie due à un ancien abcès du
cerveau

Spécialité : Neurologie

Classer   épilepsie, sans précision (G40.9) comme "affection principale". G09 (Séquelles d'affections inflammatoires du système nerveux central) peut être utilisé comme code supplémentaire facultatif.

Exemple 16 : Affection principale : Retard mental léger après encéphalite
post-vaccinale

Spécialité : Psychiatrie

Classer à retard mental léger (F70.9) comme "affection principale". G09 (Séquelles d'affections inflammatoires du système nerveux central) peut être utilisé comme code supplémentaire facultatif.

G81-G83 Syndromes paralytiques

Ces catégories ne doivent pas être utilisées pour l'"affection principale" si une cause toujours présente est indiquée, à moins que l'épisode de soins n'ait été surtout destiné à la paralysie elle-même. Lors du codage de la cause, G81-G83 peuvent être utilisés comme codes supplémentaires facultatifs.

Exemple 17 : Affection principale : Accident vasculaire cérébral avec hémiplégie
Autres affections : -
Spécialité : Neurologie

Classer à accident vasculaire cérébral, non précisé comme étant hémorragique ou par infarctus (I64) comme "affection principale". G81.9 (Hémiplégie, sans précision) peut être utilisé comme code supplémentaire facultatif.

Exemple 18 : Affection principale : Infarctus cérébral il y a trois ans
Autres affections : Paralysie de la jambe gauche
Malade suivant une physiothérapie

Classer à monoplégie d'un membre inférieur (G83.1) comme "affection principale". I69.3 (Séquelles d'infarctus cérébral) peut être utilisé comme code supplémentaire facultatif.

Chapitre VII : Maladies de l'oeil et de ses annexes

H54.- Baisse de la vision y compris cécité (binoculaire ou monoculaire)

Cette catégorie ne doit pas être utilisée pour l'"affection principale" si la cause est enregistrée, à moins que l'épisode de soins n'ait été surtout destiné à la cécité elle-même. Lors du codage de la cause, H54.- peut être utilisé comme code supplémentaire facultatif.

Chapitre VIII : Maladies de l'oreille et de l'apophyse mastoïde

H90-H91 Pertes de l'audition

Ces catégories ne doivent pas être utilisées pour l'"affection principale" si la cause est enregistrée, à moins que l'épisode de soins n'ait été surtout destiné à la perte de l'audition elle-même. Lors du codage de la cause, H90.- ou H91.- peut être utilisé comme code supplémentaire facultatif.

Chapitre IX : Maladies de l'appareil circulatoire

I15.- Hypertension secondaire

Cette catégorie ne doit pas être utilisée pour l'"affection principale" si la cause est enregistrée, à moins que l'épisode de soins n'ait été surtout destiné à l'hypertension. Lors du codage de la cause, I15.- peut être utilisé comme code supplémentaire facultatif.

I69.- Séquelles de maladies cérébrovasculaires

Cette catégorie ne doit pas être utilisée pour l'"affection principale" si la nature de la séquelle est enregistrée. Lors du codage de la séquelle, I69.- peut être utilisé comme code supplémentaire facultatif.

Chapitre XV : Grossesse, accouchement et puerpéralité

O08.- Complications consécutives à un avortement, une grossesse extra-utérine et molaire

Cette catégorie ne doit pas être utilisée pour l'"affection principale", sauf lorsqu'un nouvel épisode de soins est uniquement destiné au traitement d'une complication, par exemple, la complication persistante d'un avortement précédent. Elle peut fournir un code supplémentaire facultatif avec les catégories O00-O02 pour identifier des complications associées et avec les catégories O03-O07 pour donner de plus amples détails sur la complication.

Noter qu'il faut se référer aux termes à inclure fournis aux sous-catégories O08 lors du choix des sous-catégories à quatre caractères de O03-O07.

CLASSIFICATION INTERNATIONALE DES MALADIES

Exemple 19 : Affection principale : Rupture de grossesse tubaire avec choc
Spécialité : Gynécologie

Classer à rupture de grossesse tubaire (O00.1) comme "affection principale". O08.3 (Choc consécutif à un avortement, une grossesse extra-utérine et molaire) peut être utilisé comme code supplémentaire facultatif.

Exemple 20 : Affection principale : Avortement incomplet avec perforation de l'utérus
Spécialité : Gynécologie

Classer à avortement incomplet, avec complications autres et non précisées (O06.3) comme "affection principale". Le code O08.6 (Lésions des organes et tissus pelviens consécutives à un avortement, une grossesse extra-utérine et molaire) peut être utilisé comme code supplémentaire facultatif.

Exemple 21 : Affection principale : Coagulation intravasculaire disséminée consécutive à un avortement effectué deux jours avant dans un autre établissement
Spécialité : Gynécologie

Classer à hémorragie retardée ou sévère consécutive à un avortement, une grossesse extra-utérine et molaire (O08.1). Aucun autre code n'est nécessaire puisque l'avortement a été effectué pendant un épisode de soins précédent.

O80-O84 Accouchement

L'emploi de ces catégories pour décrire l'"affection principale" doit être limité aux cas où la seule information indiquée concerne l'accouchement ou la méthode d'accouchement. Les codes O80-O84 peuvent être utilisés comme codes supplémentaires facultatifs pour indiquer une méthode ou un type d'accouchement quand aucune donnée particulière ou classification d'actes n'a été utilisée dans ce but.

MORBIDITÉ

Exemple 22 : Affection principale : Grossesse

Autres affections : -

Opération : Accouchement par forceps bas

Classer à accouchement par forceps bas (O81.0) comme "affection principale" puisqu'aucune autre information n'est donnée.

Exemple 23 : Affection principale : Accouchement par césarienne

Autres affections : Echec de l'épreuve de travail

Opération : Césarienne

Classer à échec de l'épreuve du travail, sans précision (O66.4) comme "affection principale". Le code pour accouchement par césarienne, sans précision (O82.9) peut être utilisé comme code supplémentaire facultatif.

Exemple 24 : Affection principale : Accouchement de jumeaux

Autres affections : -

Opération : Accouchement spontané

Classer à jumeaux (O30.0) comme "affection principale". O84.0 (Accouchements multiples, tous spontanés) peut être ajouté comme code supplémentaire facultatif.

Exemple 25 : Affection principale : Accouchement à terme d'un fœtus mort, 2800 g

Autres affections : -

Opération : Accouchement spontané

Classer à soins maternels pour mort intra-utérine du fœtus (O36.4) si aucune raison précise expliquant la mort du fœtus ne peut être retrouvée.

O98-O99 Maladies de la mère classées ailleurs mais compliquant la grossesse, l'accouchement et la puerpéralité

Ces catégories doivent être utilisées pour fournir les codes de l'"affection principale" de préférence aux catégories situées en dehors du Chapitre XV quand les affections classées ont été indiquées par le praticien comme ayant compliqué la grossesse, été aggravées par la grossesse, ou été la raison des soins obstétricaux. Les codes appropriés d'autres chapitres peuvent être utilisés comme codes supplémentaires facultatifs pour permettre de préciser l'affection.

Exemple 26 : Affection principale : Toxoplasmose

Autres affections : Grossesse sans accouchement

Spécialité : Clinique prénatale pour grossesses à haut risque

Classer à maladies à protozoaires compliquant la grossesse, l'accouchement et la puerpéralité (O98.6) comme "affection principale". B58.9 (Toxoplasmose, sans précision) peut être utilisé comme code supplémentaire facultatif pour identifier de façon précise l'organisme en cause.

Chapitre XVIII : Symptômes, signes et résultats anormaux d'examens cliniques et de laboratoire, non classés ailleurs

Les catégories de ce chapitre ne doivent pas être utilisées pour fournir les codes de l'"affection principale", sauf si le symptôme, le signe ou le résultat anormal a manifestement été à l'origine des soins ou des investigations pendant l'épisode de soins, sans lien avec les autres affections enregistrées par le praticien. Voir également règle MB3 (page 113) et l'introduction au Chapitre XVIII du Volume 1 pour plus d'informations.

Chapitre XIX : Lésions traumatiques, empoisonnements et certaines autres conséquences de causes externes

Lorsque des lésions traumatiques multiples sont enregistrées et qu'aucune d'elles n'a été choisie comme "affection principale", classer à l'une des catégories fournies pour les lésions traumatiques multiples :

- du même type, de la même région du corps (habituellement le quatrième caractère .7 des catégories S00-S99);

MORBIDITÉ

- de types différents de la même région du corps (habituellement le quatrième caractère .7 de la dernière catégorie de chaque bloc, par exemple S09, S19, S29, etc.); et
- du même type de plusieurs parties du corps (T00-T05).

Noter les exceptions suivantes :

- pour les lésions traumatiques internes enregistrées avec des lésions traumatiques superficielles et/ou des plaies ouvertes seulement, classer les lésions traumatiques internes comme "affection principale";
- pour les fractures du crâne et des os de la face associées à une lésion traumatique intracrânienne, classer la lésion traumatique intracrânienne comme "affection principale";
- pour une hémorragie intracrânienne enregistrée avec d'autres lésions traumatiques de la tête seulement, classer l'hémorragie intracrânienne comme "affection principale"; et
- pour des fractures enregistrées avec des plaies ouvertes de la même localisation seulement, classer la fracture comme "affection principale".

Lorsque des catégories de lésions traumatiques multiples sont utilisées, des codes pour chaque lésion traumatique mentionnée, peuvent être utilisés comme codes supplémentaires facultatifs. Dans le cas des exceptions mentionnées, en plus du code de l'affection principale, la lésion traumatique associée peut être identifiée soit par un code supplémentaire facultatif, soit par un des chiffres supplémentaires proposés à cet effet.

Exemple 27 : Affection principale : Lésion traumatique de la vessie et de l'urètre

Autres affections : -

Classer à lésions traumatiques de multiples organes pelviens (S37.7) comme "affection principale". S37.2 (Lésion traumatique de la vessie) et S37.3 (Lésion traumatique de l'urètre) peuvent être utilisés comme codes supplémentaires facultatifs.

Exemple 28: Affection principale : Plaie intracrânienne ouverte avec hémorragie cérébelleuse

Autres affections : -

Classer à hémorragie cérébelleuse traumatique (S06.8) comme

"affection principale". La plaie intracrânienne ouverte peut être mentionnée, si nécessaire, par addition du code S01.9 (Plaie ouverte de la tête, partie non précisée) ou par l'addition du chiffre 1 (avec plaie intracrânienne ouverte) au code S06.8 (S06.8.1).

T90-T98 Séquelles de lésions traumatiques, d'empoisonnements et d'autres conséquences de causes externes

Ces catégories ne doivent pas être utilisées pour l'"affection principale" si la nature des séquelles est enregistrée. Lors du codage de la séquelle, T90-T98 peuvent être utilisés comme codes supplémentaires facultatifs.

Chapitre XX : Causes externes de morbidité et de mortalité

Ces catégories ne doivent pas être utilisées comme catégories pour le codage de l'"affection principale". Elles sont prévues pour fournir des codes supplémentaires facultatifs permettant d'identifier la cause externe des affections classées au Chapitre XIX, et peuvent être également utilisées pour fournir des codes supplémentaires facultatifs à des affections classées à tout autre chapitre, mais ayant une cause externe.

5. Présentation statistique

5.1 Introduction

Dans cette section se trouvent les règlements concernant les statistiques pour comparaison internationale, et des directives sur la présentation des données sous forme de tableaux statistiques à l'échelon national ou local.

Les responsables de l'analyse de données doivent participer à la mise au point du protocole de traitement (y compris le codage), non seulement des diagnostics mais également des autres données qui doivent être mises en tableaux croisés.

5.2 Source des données

Le médecin donnant les soins est normalement responsable de l'établissement du certificat médical de la cause de décès. Le certificat médical de la cause de décès doit respecter la recommandation internationale (voir section 4.1.3). Les dispositions administratives doivent assurer le caractère confidentiel des données provenant du certificat de décès ou d'autres dossiers médicaux.

Dans le cas de décès dont le certificat est établi par des autorités judiciaires ou administratives, la preuve médicale fournie au certificateur doit être indiquée sur le certificat en plus de toute observation judiciaire.

5.3 Niveau de détail des causes dans les mises en tableaux

Il existe des processus standardisés pour établir les listes de causes de décès codées suivant la CIM et des recommandations officielles concernant les listes pour la mise en tableaux en vue des comparaisons internationales (voir section 5.6). Pour d'autres mises en tableaux, la structure hiérarchisée de la CIM permet une très grande flexibilité pour de possibles regroupements.

PRÉSENTATION STATISTIQUE

Les rubriques à trois et quatre caractères de la CIM permettent de mentionner de très nombreux détails. Elles sont parfois utilisées pour établir des tableaux de référence couvrant une série complète de données, qui peuvent ne pas être publiées mais conservées dans un bureau central où, sur demande, des informations peuvent être extraites concernant des diagnostics précis. La classification à ce niveau est également utilisée par des spécialistes intéressés dans l'étude détaillée d'une série limitée de diagnostics. Pour ces derniers, plus de détails peuvent être ajoutés au niveau du cinquième ou même du sixième caractère, lorsque le codage a été fait en utilisant soit des caractères supplémentaires donnés pour certaines rubriques de la CIM soit l'une des adaptations par spécialité de la famille des classifications.

Bien que tout ait été fait pour s'assurer que les titres des sous-catégories à quatre caractères de la CIM soient suffisamment significatifs par eux-mêmes, il faut parfois les lire en se référant au titre de la catégorie à trois caractères. Quand il est ainsi, il est nécessaire d'inclure les rubriques à trois caractères (et leurs totaux) ou d'utiliser des titres spécialement adaptés pour les rubriques à quatre caractères, qui soient intelligibles par eux-mêmes. Il y a plus de 2000 rubriques à trois caractères, permettant d'identifier toutes les affections ayant un intérêt en santé publique.

Il y existe également des listes spéciales pour la mise en tableaux dans le Volume I (pp. 1297-1323) utilisées lorsque la liste à trois caractères est trop détaillée, et faites pour que la comparaison internationale de maladies et de groupes de maladies importantes ne soit pas modifiée par des regroupements différents utilisés dans différents pays.

5.4 Listes spéciales pour la mise en tableaux des causes de mortalité

Les listes spéciales pour la mise en tableaux pour les causes de mortalité se trouvent dans le Volume I, pp. 1299-1312.

5.4.1 Listes condensées

Les deux listes condensées, Liste 1 et Liste 3, comportent les items de chacun des chapitres de la CIM et, à l'intérieur de la plupart des chapitres, permettent de retrouver les items des listes choisies de même que les cas intitulés "Reste du...", qui complètent le contenu du chapitre concerné. Elles condensent ainsi la série complète des catégories à trois caractères de la CIM en un nombre d'items pour les besoins de nombreuses publications.

5.4.2 Listes choisies

Les deux listes choisies, Liste 2 et Liste 4, contiennent les items de la plupart des chapitres de la CIM, qui correspondent aux affections et causes externes importantes pour la surveillance et l'analyse de l'état sanitaire d'une population et l'étude des problèmes de santé liés à la mortalité, aux niveaux national et international. Les totaux par chapitre ne sont pas indiqués et seuls quelques chapitres ont des rubriques résiduelles qui permettent de les obtenir.

5.4.3 Emploi de préfixes pour identifier les listes des causes de mortalité

L'utilisation de préfixes numériques ajoutés aux numéros des items a pour but d'empêcher toute confusion entre les listes spéciales de mise en tableaux dans lesquelles des items correspondant à la même affection portent des numéros différents. (Ces numéros peuvent être distingués des codes à quatre caractères de la CIM qui ont une lettre en première position.) Quand une liste adaptée est utilisée dans des buts nationaux ou locaux, il faut utiliser un autre préfixe.

5.4.4 Listes établies localement

Les quatre listes spéciales pour la mise en tableaux sont, pour la plupart des pays, une source adéquate d'informations sur les maladies et les causes externes de décès les plus importantes. Elles facilitent également la comparaison dans le temps et l'observation de changements dans, par exemple, les fréquences relatives de maladies infectieuses et de maladies dégénératives, au fur et à mesure que les programmes de santé agissent. Elles permettent la comparaison entre des régions à l'intérieur des pays et des sous-groupes de population. De plus, elles rendent possibles et significatives des comparaisons internationales de causes de décès.

Quand des comparaisons internationales ne sont pas nécessaires, des listes semblables aux listes spéciales pour la mise en tableaux peuvent être établies pour utilisation locale. Les rubriques de la CIM peuvent être choisies et regroupées de la façon la plus appropriée et la plus utile. Des listes spéciales pourraient, par exemple être nécessaires pour la surveillance de nombreux programmes locaux de santé, en terme de morbidité et de mortalité.

Quand des listes spéciales pour la mise en tableaux sont adaptées pour faire face aux besoins nationaux, ou quand une liste pour la mise en tableaux est établie pour un projet nouveau ou spécial, il est utile de procéder à un test, en décomptant simplement le nombre de cas tombant dans chaque catégorie à trois caractères, pour déterminer pour quelles affections un regroupement en rubriques assez larges est approprié et quand l'emploi de sous-catégories paraît nécessaire. Lorsqu'une liste locale est établie, il est essentiel que les catégories condensées indiquent aussi les codes à trois caractères du "noyau" de la classification, ou à quatre caractères.

5.5 Liste spéciale pour la mise en tableaux des causes de morbidité

5.5.1 Description

La liste pour la mise en tableaux des causes de morbidité contient 298 items détaillés. La liste des causes de morbidité est une liste condensée dans laquelle chaque catégorie est incluse une seule fois et les totaux pour des groupes de maladies et des chapitres de la CIM peuvent être obtenus par l'addition des items consécutifs.

CLASSIFICATION INTERNATIONALE DES MALADIES

La liste des causes de morbidité devrait servir de base à des listes nationales et pour des comparaisons entre pays. Des listes nationales peuvent être établies soit en condensant ou en étendant le noyau de la classification, suivant les besoins. La liste convient aux données sur les soins aux malades hospitalisés et, après adaptation voulue - particulièrement le regroupement de certains items et l'extension du Chapitre XVIII (Symptômes, signes et résultats anormaux d'examens cliniques et de laboratoire) et du Chapitre XXI (Facteurs influant sur l'état de santé et motifs de recours aux services de santé) - pour des informations provenant d'autres sources, telles que soins ambulatoires et enquêtes. Quand une liste locale est établie, les catégories condensées doivent aussi indiquer les codes à trois caractères du noyau de la classification, ou à quatre caractères.

La liste des causes de morbidité comprend les numéros de code des catégories avec astérisque à employer lorsque le code astérisque pour double classification est inclus dans l'analyse. La liste peut être utilisée pour la mise en tableaux soit avec dague soit avec astérisque et, de ce fait, il est important d'indiquer dans chaque tableau quelle base a été utilisée.

5.5.2 Modification de la liste spéciale pour la mise en tableaux des causes de morbidité selon les besoins nationaux

Si, après examen des fréquences des maladies dans les rubriques à trois caractères de la CIM, il paraît nécessaire d'étendre cette liste, certains des items d'une série de catégories de la CIM peuvent être subdivisés selon le noyau de la classification ou même au niveau du quatrième caractère. Si la liste recommandée est considérée comme étant trop détaillée ou si une liste plus courte est nécessaire, un choix peut être fait en se basant sur les problèmes de santé nationaux ou locaux. Suivant le "profil épidémiologique" d'un pays, des catégories peuvent être associées pour raccourcir la liste.

5.6 Recommandations concernant les tableaux statistiques pour les comparaisons internationales

5.6.1 Tableaux statistiques

Le degré de détail de la classification croisée par cause, sexe, âge et région géographique dépendra aussi bien de l'objectif et de l'étendue des statistiques que des limites pratiques de leurs mises en tableaux. Les modèles suivants, qui sont établis pour promouvoir la comparabilité internationale, montrent des façons standardisées d'exprimer différentes caractéristiques. Lorsqu'une classification différente est utilisée dans des tableaux publiés (par exemple dans le regroupement par âge), elle doit être réductible à l'un des regroupements recommandés.

- (a) L'analyse selon la Classification internationale des Maladies doit, suivant les cas, se faire en accord avec :
 - (i) la liste détaillée des catégories à trois caractères, avec ou sans sous-catégories à quatre caractères;
 - (ii) une des listes spéciales pour la mise en tableaux des causes de mortalité;
 - (iii) la liste spéciale pour la mise en tableaux des causes de morbidité
- (b) Les groupements par âge pour les besoins généraux doivent en général être les suivants :
 - (i) moins d'un an, année par année jusqu'à quatre ans, groupes d'âge de 5 ans, de 5 à 84, 85 ans et plus;
 - (ii) moins d'un an, 1-4 ans, 5-14 ans, 15-24 ans, 25-34 ans, 35-44 ans, 45-54 ans, 55-64 ans, 65-74 ans, 75 ans et plus;
 - (iii) moins d'un an, 1-14 ans, 15-44 ans, 45-64 ans, 65 ans et plus;
- (c) Une classification par région doit, suivant les cas, concorder avec :
 - (i) chaque division administrative importante;
 - (ii) chaque ville ou région urbaine de 1 000 000 d'habitants et plus, sinon la plus grande ville ayant une population d'au moins 100 000 habitants;
 - (iii) un agrégat national de régions urbaines de 100 000 habitants et plus;
 - (iv) un agrégat national de régions urbaines de moins de 100 000 habitants;
 - (v) un agrégat national de régions rurales.

Note 1. Les statistiques ayant trait à (c) doivent comprendre les définitions des mots "urbain" et "rural" utilisés pour obtenir les groupes.

Note 2. Dans les pays où la certification médicale de la cause de décès est incomplète ou limitée à certaines régions, les chiffres pour les décès non certifiés médicalement doivent être publiés séparément.

5.6.2 Mise en tableaux des causes de décès

Les statistiques de causes de décès pour une région définie doivent concorder avec la recommandation (a)(i) ci-dessus, ou, si cela n'est pas possible, avec la recommandation (a)(ii). Les décès doivent de préférence être classés par groupe d'âge et par sexe comme dans la recommandation (b)(i).

Les statistiques de causes de décès par régions selon la recommandation (c) doivent satisfaire à la recommandation (a)(ii), ou, si cela n'est pas possible, à la recommandation (a)(iii). Elles doivent de préférence être mises en tableaux par groupe d'âge et par sexe comme dans la recommandation (b)(ii).

5.7 Normes et modalités de notification concernant la mortalité foetale, périnatale, néonatale et infantile

Les définitions suivantes ont été adoptées par l'Assemblée mondiale de la Santé en ce qui concerne aussi bien les statistiques destinées à des comparaisons internationales que les conditions de notification pour les données dont elles proviennent. Les définitions adoptées par l'Assemblée figurent au Volume I, pp. 1327-1330 et sont reproduites ci-dessous, pour faciliter la tâche du lecteur.

5.7.1 Définitions

Naissance d'enfant vivant

On entend par naissance d'enfant vivant l'expulsion ou l'extraction complète du corps de la mère, indépendamment de la durée de la gestation, d'un produit de conception qui, après cette séparation, respire ou manifeste tout autre signe de vie, tel que battement du cœur, pulsation du cordon ombilical ou contraction effective d'un muscle soumis à l'action de la volonté, que le cordon ombilical ait été coupé ou non, et que le placenta soit ou non demeuré attaché; tout produit d'une telle naissance est considéré comme "enfant né vivant".

Mort foetale

On entend par mort foetale le décès d'un produit de conception, lorsque ce décès est survenu avant l'expulsion ou l'extraction complète du corps de la mère, indépendamment de la durée de la gestation; le décès est indiqué par le fait qu'après cette séparation, le fœtus ne respire ni ne manifeste aucun autre signe de vie, tel que battement du cœur, pulsation du cordon ombilical ou contraction effective d'un muscle soumis à l'action de la volonté.

Poids de naissance

Résultat de la première pesée du fœtus ou du nouveau-né effectuée après la naissance.

Le poids de naissance des enfants nés vivants sera mesuré de préférence dans la première heure suivant la naissance, avant que la perte de poids postnatale ne devienne sensible. Bien que les tableaux statistiques groupent les poids de naissance par tranches de 500 g, il ne suffit pas, pour enregistrer un poids, d'indiquer simplement la tranche correspondante. Le poids réel doit être noté avec le même degré de précision que la mesure qui en a été faite.

Les définitions d'un poids de naissance "faible", "très faible" et "extrêmement faible" délimitent des catégories qui ne s'excluent pas mutuellement. Chacune englobe celle ou celles qui se trouve(nt) au-dessous (ainsi, la catégorie "poids faible" englobe les catégories "poids très faible" et "poids extrêmement faible", tandis que la catégorie "poids très faible" englobe la catégorie "poids extrêmement faible").

Poids faible à la naissance

Inférieur à 2500 g (jusqu'à 2499 g inclusivement).

Poids très faible à la naissance

Moins de 1500 g (jusqu'à 1499 g inclusivement).

Poids extrêmement faible à la naissance

Moins de 1000 g (jusqu'à 999 g inclusivement).

Age gestationnel

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

L'âge gestationnel est une source fréquente de confusion, lorsque les calculs sont fondés sur les dates de menstruation. Lorsqu'on calcule l'âge gestationnel à partir de la date du début de la dernière période menstruelle et de la date de délivrance, il faut se souvenir que le premier jour est le jour zéro et non le jour un; les jours 0 à 6 correspondent donc à "zéro semaine entière", les jours 7 à 13 à "une semaine entière" et la quarantième semaine de grossesse est synonyme de "39 semaines entières". Lorsque la date de la dernière période menstruelle n'est pas disponible, l'âge gestationnel doit être fondé sur la meilleure estimation clinique. Afin d'éviter toute confusion, les tableaux devraient indiquer à la fois le nombre de semaines et le nombre de jours.

Avant terme

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

A terme

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

Après terme

De quarante-deux semaines entières ou davantage (294 jours ou plus) de gestation.

Période périnatale

La période périnatale commence 22 semaines (154 jours) après le début de la gestation (c'est-à-dire au moment où le poids de naissance est normalement de 500 g) et se termine sept jours révolus après la naissance.

Période néonatale

La période néonatale commence à la naissance et se termine après 28 jours de vie révolus. Les décès néonataux (décès d'enfants nés vivants survenus au cours des 28 premiers jours de la vie) peuvent être subdivisés en décès néonataux précoces, survenus au cours des sept premiers jours de la vie et en décès néonataux tardifs, survenus au-delà du septième jour, mais avant 28 jours entiers.

PRÉSENTATION STATISTIQUE

L'âge au moment du décès survenu pendant le premier jour de vie (jour zéro) sera exprimé en unités de minutes ou d'heures de vie révolues. En cas de décès survenant le deuxième jour (jour 1), le troisième jour (jour 2) ou les jours suivants, l'âge au moment du décès sera exprimé en jours.

5.7.2 Critères de notification

Il est reconnu que la législation en matière d'enregistrement des morts foetales et des naissances vivantes varie d'un pays à l'autre, voire à l'intérieur d'un même pays. Toutefois, il est recommandé d'inclure dans les tableaux statistiques, chaque fois que cela est possible, tous les foetus et nouveau-nés, vivants ou non, pesant au moins 500 g à la naissance. Si le poids de naissance n'est pas connu, on utilisera comme critère l'âge gestationnel correspondant (22 semaines entières) ou la taille correspondante (25 cm du vertex au talon). Pour décider si un événement a eu lieu pendant la période périnatale, on appliquera l'un des trois critères suivants dans l'ordre indiqué : (1) poids de naissance, (2) âge gestationnel, (3) taille du vertex au talon. Il est recommandé d'inclure dans les statistiques nationales les foetus et les nouveau-nés dont le poids se situe entre 500 g et 1000 g, tant en raison de l'intérêt que présentent par eux-mêmes ces renseignements que parce que leur inclusion tend à améliorer la complétude des données relatives aux naissances d'enfants de 1000 g et plus.

5.7.3 Statistiques pour les comparaisons internationales

L'inclusion du groupe de poids extrêmement faible à la naissance dans les statistiques internationales rend les comparaisons difficiles et n'est pas recommandée. Les pays devraient adopter des procédures d'enregistrement et de déclaration telles que les événements à inclure dans les statistiques et les critères d'inclusion puissent être facilement identifiés. Les foetus et les nouveau-nés ne répondant pas aux critères de maturité définis ci-dessus (c'est-à-dire poids inférieur à 1000 g), devraient être exclus des statistiques périnatales, à moins que des raisons valables, juridiques ou autres, ne s'y opposent, auquel cas leur inclusion doit être indiquée explicitement. Lorsque le poids de naissance, l'âge gestationnel et la taille vertex-talon ne sont pas connus, il est préférable d'inclure l'événement dans les statistiques de mortalité périnatale plutôt que de l'en exclure. Les pays devraient aussi présenter des statistiques périnatales, dans lesquelles tant le numérateur que le dénominateur de tous les taux et rapports sont limités aux foetus et nouveau-nés pesant 1000 g ou plus (taux ou rapports normalisés pour le poids); lorsque le poids de naissance est inconnu, l'âge gestationnel (28 semaines révolues) ou la taille (du vertex au talon de 35 cm) correspondant, devraient être utilisés.

Dans les statistiques de mortalité foetale, périnatale, néonatale et infantile, il faut autant que possible indiquer le nombre de décès dus à des malformations pour les naissances d'enfants vivants et de morts foetales et en rapport avec des poids de naissance 500-999 g et 1000 g ou plus. Les décès néonataux dus à des malformations devraient en outre être subdivisés en décès néonataux précoces et tardifs. Grâce à ces informations, il sera possible d'établir des statistiques de mortalité périnatale et néonatale incluant ou excluant les décès dus aux malformations.

Taux et rapports

Lorsque des taux et rapports sont publiés, il faut toujours préciser le dénominateur utilisé, à savoir le nombre de naissances vivantes ou le nombre total de naissances (naissances vivantes plus morts foetales). Les pays sont invités à fournir les taux et rapports suivants, ou du moins ceux que leur système de recueil des données leur permet de calculer.

PRÉSENTATION STATISTIQUE

Rapport de mortalité foetale :

$\frac{\text{Morts foetales}}{\text{Naissances vivantes}} \times 1000$

Taux de mortalité foetale :

$\frac{\text{Morts foetales}}{\text{Total des naissances}} \times 1000$

Taux de mortalité foetale normalisé pour le poids :

$\frac{\text{Morts foetales, pesant 1000 g et plus}}{\text{Totales des naissances pesant 1000 g et plus}} \times 1000$

Taux de mortalité néonatale précoce :

$\frac{\text{Décès néonataux précoces}}{\text{Naissances vivantes}} \times 1000$

Taux de mortalité néonatale précoce normalisé pour le poids :

$\frac{\text{Décès néonataux précoces d'enfants pesant 1000 g et plus à la naissance}}{\text{Naissances vivantes d'enfants pesant 1000 g et plus}} \times 1000$

Rapport de mortalité périnatale :

$\frac{\text{Morts foetales et décès néonataux précoces}}{\text{Naissances vivantes}} \times 1000$

Taux de mortalité périnatale :

$\frac{\text{Morts foetales et décès néonataux précoces}}{\text{Total des naissances}} \times 1000$

CLASSIFICATION INTERNATIONALE DES MALADIES

Le taux de mortalité périnatale est égal à la somme du nombre de fœtus morts pesant au moins 500 g (ou, si le poids de naissance est inconnu, de fœtus dont l'âge gestationnel est de plus de 22 semaines entières, ou dont la taille du vertex au talon est d'au moins 25 cm), et du nombre de décès néonataux précoces pour 1000 naissances d'enfants vivants ou non. Ce taux n'est pas nécessairement égal à la somme du taux de mortalité fœtale et du taux de mortalité néonatale précoce, car le dénominateur n'est pas le même dans chaque cas.

Taux de mortalité périnatale normalisé pour le poids :

Morts fœtales, 1000 g et plus et
décès néonataux précoces d'enfants pesant 1000 g et plus à la naissance x
1000
Total des naissances pesant 1000 g et plus

Taux de mortalité néonatale :

Décès néonataux x 1000
Naissances vivantes

Taux de mortalité néonatale normalisé pour le poids :

Décès néonataux d'enfants pesant 1000 g et plus à la naissance x 1000
Naissances vivantes pesant 1000 g et plus

Taux de mortalité infantile :

Décès avant l'âge d'un an x 1000
Naissances vivantes

Taux de mortalité infantile normalisé pour le poids :

Décès avant l'âge de un an d'enfants pesant 1000 g et plus à la naissance x
1000
Naissances vivantes pesant 1000 g et plus

5.7.4 Présentation des causes de mortalité périnatale

Pour les statistiques de mortalité périnatale provenant du modèle du certificat recommandé dans ce but (voir section 4.3.1), l'analyse approfondie par causes multiples de toutes les affections notifiées sera du plus grand intérêt. Quand une telle analyse est impossible, l'analyse de l'affection principale du fœtus ou de l'enfant (partie (a)) et de l'affection maternelle principale affectant le fœtus ou l'enfant (partie (c)) avec mise en tableaux croisée des groupes de ces deux affections doit être considérée comme le minimum. Quand il est nécessaire de ne choisir qu'une seule affection (par exemple, quand des décès néonataux précoces doivent être incorporés dans des tableaux de cause unique de décès, pour tous les âges), l'affection principale du fœtus ou de l'enfant (partie (a)) doit être choisie.

Classification par âge pour les statistiques spéciales de mortalité infantile

- (i) Par jours isolés pour la première semaine de vie (moins de 24 heures, 1, 2, 3, 4, 5, 6 jours), 7-13 jours, 14-20 jours, 21-27 jours, 28 jours et au-dessus jusqu'à, mais non compris, deux mois, par mois isolés de vie depuis 2 mois jusqu'à 1 an (2, 3, 4, ... 11 mois).
- (ii) Moins de 24 heures, 1-6 jours, 7-27 jours, 28 jours jusqu'à, mais non compris, 3 mois, 3-5 mois, 6 mois et plus, mais moins d'un an.
- (iii) Moins de 7 jours, 7-27 jours, 28 jours et plus, mais moins d'un an.

Classification par âge pour les décès néonataux précoces

- (i) Moins d'une heure, 1-11 heures, 12-23 heures, 24-47 heures, 48-71 heures, 72-167 heures.
- (ii) Moins d'une heure, 1-23 heures, 24-167 heures.

Classement par poids de naissance pour les statistiques de mortalité périnatale

Par intervalles de poids de 500 g, par exemple 1000-1499 g, etc.

Classement par âge gestationnel pour les statistiques de mortalité périnatale

Moins de 28 semaines (moins de 196 jours), 28-31 semaines (196-223 jours) 32-36 semaines (224-258 jours), 37-41 semaines (259-293 jours), 42 semaines et plus (294 jours et plus).

5.8 Normes et modalités de notification concernant la mortalité maternelle

5.8.1 Définitions

Mort maternelle

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

Mort maternelle tardive

La mort maternelle tardive se définit comme le décès d'une femme résultant de causes obstétricales directes ou indirectes survenu plus de 42 jours, mais moins d'un an, après la terminaison de la grossesse.

Mort liée à la grossesse

La mort liée à la grossesse définit comme le décès d'une femme survenu au cours de la grossesse ou dans un délai de 42 jours après sa terminaison, quelle que soit la cause de la mort.

Les morts maternelles se subdivisent en deux groupes :

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

Décès par cause obstétricale indirecte : ce sont ceux qui résultent 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 grossesse.

PRÉSENTATION STATISTIQUE

Pour améliorer la qualité des données concernant la mortalité maternelle et pour permettre d'adopter des méthodes différentes de recueil des données sur les décès survenant pendant la grossesse ou liés à cette dernière, de même que pour encourager la notification des décès dus à des causes obstétricales survenus à plus de 42 jours après la fin de la grossesse, la Quarante-Troisième Assemblée mondiale de la Santé, en 1990, a adopté la recommandation suivant laquelle les pays devraient envisager l'inclusion dans les certificats de décès de questions concernant l'existence d'une grossesse en cours ou d'une grossesse survenue dans l'année précédant la mort.

5.8.2 Notification internationale

Aux fins de la notification internationale de la mortalité maternelle, seuls les décès survenus avant la fin de la période de référence de 42 jours entreront dans le calcul des divers taux et rapports même s'il est utile, pour les analyses au niveau national, d'enregistrer des données sur des décès ultérieurs.

5.8.3 Publication des taux de mortalité maternelle

Lorsque des taux de mortalité maternelle sont publiés, la nature du numérateur (nombre de décès maternels enregistrés) doit toujours être spécifiée. Il peut s'agir :

- du nombre de décès enregistré de causes obstétricales directes, ou
- du nombre de décès enregistré de toute cause obstétricale (directe ou indirecte).

Il faut noter que les décès maternels dus à l'immunodéficience humaine virale (B20-B24) et au tétanos obstétrical (A34) sont classés au Chapitre I. Il faut veiller à inclure ces cas dans les taux de mortalité maternelle.

5.8.4 Dénominateurs pour la mortalité maternelle

Le dénominateur utilisé pour calculer la mortalité maternelle doit être précisé comme étant soit le nombre de naissances vivantes soit le nombre total de naissances (naissances vivantes plus morts fœtales). Lorsque les deux dénominateurs sont disponibles, on publiera le calcul avec chacun des deux.

Taux et rapports

Les résultats doivent être exprimés sous la forme d'un rapport entre le numérateur et le dénominateur, multiplié par un facteur k (égal à 1000, 10 000 ou 100 000, selon la préférence du pays). Les taux et rapports de mortalité maternelle peuvent donc être exprimés comme suit :

Taux de mortalité maternelle³ :

$\frac{\text{Décès maternels (directs et indirects)}}{\text{Naissances vivantes}} \times k$

Rapport de mortalité de causes obstétricales directes :

$\frac{\text{Décès de causes obstétricales directes seulement}}{\text{Naissances vivantes}} \times k$

Rapport de mortalité liée à la grossesse :

$\frac{\text{Décès liés à la grossesse}}{\text{Naissances vivantes}} \times k$

5.9. Proportion de décès classés à "causes mal définies

Le classement d'une proportion élevée de causes de décès au Chapitre XVIII (Symptômes, signes et résultats anormaux d'examens cliniques et de laboratoire, non classés ailleurs) montre qu'il est nécessaire de vérifier ou d'évaluer la qualité des données assignées à des causes plus spécifiques, situées dans d'autres chapitres.

3 L'emploi du mot "taux" qui est inexact dans ce contexte a été maintenu par souci de continuité.

5.10 Morbidité

Il existe de très nombreuses sources possibles d'informations sur la morbidité. Les données qui conviennent le mieux pour l'analyse sur une base nationale ou régionale sont celles qui permettent de calculer l'incidence de maladies, ou au moins des maladies qui nécessitent, par exemple, des soins médicaux ou hospitaliers. C'est avant tout pour les données sur des épisodes de soins sont prévues les directives et définitions, officiellement acceptées, pour l'enregistrement des causes de morbidité et la sélection d'une affection unique, que quand cela est approprié. D'autres types de données nécessitent la mise au point de règles locales.

Le problème des statistiques de morbidité commence avec la définition même de ce qu'est la "morbidité". Il y a de nombreuses façons d'améliorer les statistiques de morbidité. Les comparaisons internationales des données de morbidité ne sont, jusqu'à présent, utilisables que de façon très limitée et pour des buts très bien définis. Des informations nationales ou régionales sur la morbidité doivent être interprétées en tenant compte de leur source et avec une connaissance des qualités des données, de la fiabilité du diagnostic et des caractéristiques démographiques et socio-économiques.

5.11 Précautions à prendre quand les listes pour la mise en tableaux comprennent des sous-totaux

Il n'est pas toujours évident pour ceux qui traitent les données, que certains des items des listes pour la mise en tableaux sont en fait des sous-totaux; par exemple, les titres de blocs; dans le cas de la liste à quatre caractères de la CIM-10, les titres des catégories à trois caractères; de même que les items des titres des chapitres dans les versions condensées des listes pour la mise en tableaux des causes de mortalité. Ces sous-totaux doivent être ignorés quand on calcule des totaux, sinon des cas seraient comptés plus d'une fois.

5.12 Problèmes d'une petite population

La taille d'une population est un des facteurs qui doit être envisagé quand l'état sanitaire d'une population est évalué en se servant des données de mortalité ou de morbidité. Dans les pays ayant de petites populations, les nombres annuels d'événements dans de nombreuses catégories des listes seront très faibles, et fluctueront au hasard d'année en année. Cela est spécialement vrai pour des groupes selon l'âge et le sexe. Les problèmes peuvent être résolus en appliquant une ou plusieurs des mesures suivantes :

- emploi ou présentation de larges regroupements des rubriques de la CIM, telles que chapitres;
- agrégation de données sur une période de temps plus longue, par exemple prendre les données des deux années précédentes associées à celles de l'année en cours, et obtenir un chiffre de "moyenne mobile";
- utilisation des regroupements par âge les plus larges recommandés aux pages 132 et 139.

Ce qui s'applique à de petites populations nationales est également vrai en général pour des groupes sous-nationaux de populations plus grandes. Des investigations sur les problèmes de santé dans des sous-groupes de populations doivent prendre en considération l'effet de la taille de chacun des sous-groupes sur le type d'analyse utilisée. Ce besoin est généralement ressenti quand on a affaire à des enquêtes par échantillons, mais il est souvent ignoré quand l'investigation concerne les problèmes de santé de groupes particuliers de la population nationale.

5.13 "Cases vides" et cases avec de faibles fréquences

Quelle que soit la liste de causes utilisée, il est possible de découvrir qu'aucun cas ne se trouve dans certaines cases d'un tableau statistique. Quand il y a de nombreuses lignes vides dans un tableau, il est bon d'envisager d'omettre de telles lignes lors de la confection du tableau ou de la sortie d'imprimante d'ordinateurs. Quand un cas occasionnel d'une maladie se produit dans un pays, on peut omettre la ligne et ajouter une note en bas de page pour indiquer soit qu'il n'y avait pas de cas soit dans quelle case ce cas sporadique aurait dû figurer.

Pour des cases avec de très faibles fréquences, particulièrement celles concernant des maladies inattendues, il est important de s'assurer que les cas ont bien existé et ne résultent pas d'une erreur de codage ou de traitement des données. Cela devrait faire partie du contrôle général de qualité des données.

5.14 Recommandations

1. Responsabilité de la certification médicale de la cause de décès (voir section 5.2)

La certification médicale de la cause de décès est normalement la responsabilité du médecin traitant. Dans le cas des décès certifiés par les autorités légales, les éléments médicaux découverts par le certificateur doivent figurer sur le certificat en addition à toute découverte légale.

2. Formulaire de certificat médical de la cause de décès (voir sections 5.2, 4.1.3 et 4.3.1)

Le certificat médical de la cause de décès doit être conforme aux recommandations internationales (voir section 4.1.3). L'établissement des statistiques de mortalité périnatale doit être conforme aux recommandations de la section 4.3.1.

3. Confidentialité de l'information médicale (voir section 5.2)

Les procédures administratives doivent assurer la confidentialité des renseignements portés sur le certificat de décès et autres dossiers médicaux.

4. Choix de la cause de décès pour mise en tableaux (voir section 4.1.1)

Les causes de décès qui doivent être portées sur le certificat médical de la cause de décès sont toutes les maladies, états morbides ou traumatismes aboutissant ou contribuant au décès et les circonstances de l'accident ou de la violence ayant entraîné les traumatismes.

Quand une seule cause est mentionnée, celle-ci est choisie pour la mise en tableaux. Quand plus d'une cause est mentionnée, la sélection doit être faite selon les règles et recommandations de la CIM.

5. Utilisation de la Classification Internationale des Maladies (voir sections 2.1, 2.2 et 3.3)

CLASSIFICATION INTERNATIONALE DES MALADIES

Le but de la CIM est de permettre l'enregistrement, l'analyse, l'interprétation et la comparaison systématiques de données de mortalité et de morbidité collectées dans différents pays ou zones géographiques à différentes périodes. Le 'noyau' de la CIM est la classification à trois caractères qui est le niveau international de codification obligatoire pour la base de données de mortalité de l'OMS et pour les comparaisons internationales. Les catégories à quatre caractères, bien que facultatives au niveau international, sont recommandées pour de nombreux projets et sont partie intégrantes de la CIM, ainsi que les listes spéciales pour la mise en tableaux.

Les statistiques de mortalité et de morbidité doivent être codées selon la table analytique et l'index alphabétique. Les publications par catégories à quatre caractères doivent être conformes aux catégories de la CIM. Toute addition ou variation doit être indiquée dans les tableaux statistiques.

6. Statistiques de mortalité périnatale (voir sections 5.7.2 et 5.7.3)

Il est recommandé que tous les fœtus et tous les enfants de plus de 500 grammes à la naissance, morts ou vivants, soient inclus dans les statistiques nationales. Quand les informations sur le poids de naissance sont indisponibles, les critères correspondants en âge gestationnel (22 semaines complètes) ou en taille (25 cm couronne-talons) doivent être utilisés. Les critères permettant de décider si un événement est survenu pendant la période périnatale sont dans l'ordre : (1) poids de naissance, (2) âge gestationnel, (3) longueur couronne-talons. L'inclusion des fœtus et des nouveaux-nés entre 500 et 1000 g dans les statistiques nationales est recommandé à la fois pour sa valeur propre et parce qu'elle améliore la déclaration des nouveaux-nés de plus de 1000 g.

Dans les statistiques publiées pour comparaison internationale, l'inclusion du groupe «poids extrêmement bas à la naissance» invalide les comparaisons et n'est pas recommandé. Les pays doivent aussi publier des statistiques pour lesquelles à la fois le numérateur et le dénominateur de tous les taux et ratios sont limités aux enfants de plus de 1000 grammes; quand l'information sur le poids de naissance n'est pas disponible, l'âge gestationnel (28 semaines complètes) ou la taille (35 cm couronne-talons) correspondant(e) sera utilisé(e).

PRÉSENTATION STATISTIQUE

7. Statistiques de mortalité maternelle (voir sections 5.8.2 et 5.8.3)

Les publications de mortalité maternelle doivent toujours préciser le numérateur qui peut être : le nombre enregistré de morts obstétricales directes, ou le nombre de morts obstétricales (directes plus indirectes). Pour la déclaration internationale de la mortalité maternelle, seuls les décès maternels survenus avant la fin de la période de référence de 42 jours doivent être compris dans le calcul des différents taux et ratios, bien que l'enregistrement des décès plus tardifs soit utile pour les statistiques nationales.

8. Tableaux statistiques (voir sections 5.6.1 et 5.7.4)

Le niveau de détail des statistiques par cause, sexe, âge, zones géographiques dépend à la fois des buts et de l'étendue des statistiques et des limites pratiques à leur mise en tableaux. Pour permettre les comparaisons internationales, des méthodes standardisées de présentation sont décrites dans les sections 5.6.1 et 5.7.4.

9. Mise en tableaux des causes de décès (voir sections 5.6.2 et 5.6.4)

Les statistiques de causes de mortalité doivent être conformes aux recommandations de la section 5.6.1. Les décès doivent de préférence être classés par sexe et tranches d'âge selon les recommandations de la section 5.6.1. Pour les statistiques de mortalité périnatale, une analyse en causes multiples de toutes les affections mentionnées sera des plus profitables. Si une telle analyse n'est pas possible, une analyse de l'affection principale chez le fœtus ou le nouveau-né et de l'affection maternelle principale affectant le fœtus ou le nouveau-né avec croisement de ces deux affections doit être considérée comme le minimum. Quand il est nécessaire de ne retenir qu'une affection, l'affection principale du fœtus ou du nouveau-né sera retenue.

6. Historique du développement de la CIM⁴

6.1 Origine

Sir George H. Knibbs, l'éminent statisticien australien, porte au crédit de François Bossier de Lacroix (1706-1777), plus connu sous le nom de Sauvages, le premier essai de classement systématique des maladies (10). Le vaste traité de Sauvages fut publié sous le titre de *Nosologia methodica*. Un des contemporains de Sauvages fut le grand méthodologiste Linné (1707-1778), dont l'un des ouvrages était intitulé *Genera morborum*. Au début du XIX^e siècle, la classification des maladies la plus couramment utilisée était celle de William Cullen (1710-1790), d'Edimbourg, classification qui fut publiée en 1785 sous le titre de *Synopsis nosologia methodicae*.

Cependant, l'étude statistique des maladies avait commencé pratiquement un siècle plus tôt, avec les travaux de John Graunt consacrés aux tables mortuaires de Londres. Un exemple du genre de classification que ce pionnier avait envisagé est fourni par la tentative qu'il fit pour évaluer la proportion des enfants nés vivants qui mouraient avant d'avoir atteint l'âge de six ans, aucune mention de l'âge du décès n'étant indiquée à cette époque sur les actes. Il choisit tous les décès classés sous les rubriques : muguet, convulsions, rachitisme, accidents dentaires et vers, naissances prématurées, décès du premier mois, décès de la première enfance, gros foie, étouffement, et y ajouta la moitié des décès classés sous les rubriques : variole, varicelle, rougeole et vers sans convulsions.

Malgré l'imperfection de cette classification, son évaluation d'une mortalité de 36 % avant l'âge de six ans semble, à la lumière des renseignements ultérieurs, avoir été bonne. Trois siècles ont quelque peu contribué à l'exactitude scientifique du classement des maladies, et pourtant nombreux sont ceux qui doutent encore de l'utilité des tentatives faites pour recueillir des statistiques de maladies, voire de causes de décès, en raison des difficultés du classement. A ceux-là on peut citer la phrase du Major Greenwood : "Le puriste scientifique qui attend des statistiques médicales l'exactitude du point de vue nosologique n'est pas plus sage que le paysan d'Horace attendant que la rivière tarisse" (11).

⁴ Les textes des sections 6.1-6.3 sont, dans leur plus grande partie, repris de l'Introduction à la septième révision de la CIM, qui donne une excellente description de l'origine de la classification.

Heureusement pour les progrès de la médecine préventive, le General Register Office of England and Wales trouva, dès sa fondation en 1837, en la personne de William Farr (1807-1883) - son premier statisticien médical - un homme qui non seulement fit le meilleur usage possible des classifications imparfaites des maladies qu'il avait alors à sa disposition, mais qui travailla à les améliorer et à en obtenir un usage international uniforme.

A l'époque de Farr, les services publics utilisaient la classification de Cullen. On ne l'avait pas révisée pour l'adapter aux progrès de la science médicale, et Farr estima qu'elle ne pouvait être employée dans un but statistique. En conséquence, dans le premier rapport annuel du Registrar General (12), il discuta des principes qui doivent servir de base à un classement statistique des maladies et insista sur l'adoption d'une classification uniforme :

Les avantages d'une nomenclature statistique uniforme, même imparfaite, sont si évidents qu'il est surprenant qu'aucune attention n'ait été accordée à sa mise en vigueur dans les tables mortuaires. En de nombreuses circonstances, chaque maladie a été désignée par trois ou quatre termes, et chaque terme a été appliqué à de nombreuses maladies différentes : des noms vagues et impropres ont été employés, ou bien des complications ont été enregistrées à la place des maladies primitives. Dans ce domaine de la recherche, la nomenclature est d'une importance aussi grande que les poids et mesures dans les sciences physiques, et elle doit être établie sans délai.

CLASSIFICATION INTERNATIONALE DES MALADIES

La nomenclature et la classification statistique ont fait l'objet d'une étude et de commentaires constants de la part de Farr dans ses "Lettres" annuelles au Registrar General, publiées dans les rapports annuels de ce dernier. L'utilité d'une classification uniforme des causes de décès a été si vivement reconnue au Premier Congrès international de Statistique, tenu à Bruxelles en 1853, que ce dernier chargea le Dr William Farr et le Dr Marc d'Espine, de Genève, de préparer une nomenclature uniforme des causes de décès, applicable à tous les pays. Au congrès suivant, tenu à Paris en 1855, Farr et d'Espine présentèrent deux listes distinctes qui étaient basées sur des principes très différents. La nomenclature de Farr était divisée en cinq groupes : maladies épidémiques, maladies constitutionnelles (générales), maladies locales classées selon leur localisation anatomique, maladies du développement et maladies qui sont la conséquence directe d'un traumatisme. D'Espine classait les maladies d'après leur nature (goutteuse, herpétique, hémétique, etc.). Le congrès adopta un compromis sous la forme d'une liste de 139 rubriques. En 1864, cette nomenclature fut révisée à Paris sur le modèle de celle de W. Farr; elle a été révisée par la suite en 1874, 1880, 1886. Bien que cette classification n'ait jamais reçu une approbation universelle, la disposition générale et, notamment, le principe proposé par Farr de classer les maladies suivant leur localisation anatomique, ont survécu comme base de la Nomenclature internationale des Causes de Décès.

6.2 Adoption de la Nomenclature internationale des Causes de Décès

Au cours de sa réunion tenue à Vienne en 1891, l'Institut international de Statistique, qui a succédé au Congrès international de Statistique, chargea un comité, présidé par le Dr Jacques Bertillon (1851-1922), Chef des Travaux statistiques de la ville de Paris, de préparer une classification des causes de décès. Il est intéressant de noter que Bertillon était le petit-fils du Dr Achille Guillard, botaniste et statisticien distingué, qui avait présenté la résolution priant Farr et d'Espine de préparer une nomenclature uniforme au Premier Congrès de Statistique de 1853. Le rapport de ce comité fut présenté par Bertillon à la réunion de l'Institut international de Statistique à Chicago, en 1893, et fut adopté par ce dernier. La nomenclature préparée par Bertillon était basée sur la nomenclature des causes de décès utilisée par la ville de Paris, nomenclature qui, depuis sa révision, en 1885, représentait une synthèse des classements anglais, allemand et suisse. Le classement était basé sur le principe, adopté par Farr, d'une distinction entre les maladies générales et celles qui sont localisées à un organe particulier ou à une région anatomique précise. Conformément aux instructions du Congrès de Vienne, faites sur la suggestion du Dr L. Guillaume, Directeur du Bureau fédéral des Statistiques de Suisse, Bertillon établit trois classifications : la première, une classification abrégée de 44 rubriques; la seconde, une classification de 99 rubriques, et la troisième, une classification de 161 rubriques.

La Nomenclature internationale des Causes de Décès (Classification Bertillon) reçut une approbation générale et fut adoptée par plusieurs pays, ainsi que par de nombreuses villes. Elle a été tout d'abord employée en Amérique du Nord par le Dr Jesús E. Monjarás pour les statistiques de San Luis de Potosí, Mexique (13). En 1898, au cours de sa réunion tenue à Ottawa, Canada, l'American Public Health Association recommanda l'adoption de la Classification Bertillon par les bureaux de l'état civil du Canada, du Mexique et des Etats-Unis d'Amérique. L'association suggéra en outre que la Classification soit révisée tous les dix ans.

A la réunion de l'Institut international de Statistique, tenue à Christiania en 1899, le Dr Bertillon présenta un rapport sur les progrès de la Classification et rappela les recommandations de l'American Public Health Association au sujet des révisions décennales. L'Institut international de Statistique adopta alors la résolution suivante (14) :

L'Institut international de Statistique, convaincu de la nécessité d'employer dans les différents pays des nomenclatures comparables :

Apprend avec plaisir l'adoption par toutes les administrations statistiques de l'Amérique du Nord, par une partie de celles de l'Amérique du Sud, et par une partie de celles d'Europe, du système de nomenclatures des causes de mort, qui lui a été présenté en 1893;

Insiste vivement pour que ce système de nomenclatures soit adopté, en principe et sans révision, par toutes les institutions statistiques d'Europe;

Approuve, au moins dans ses grandes lignes, le système de révision décennale proposé par l'American Public Health Association dans sa session d'Ottawa (1898);

Engage les administrations statistiques qui n'ont pas encore adhéré à le faire sans retard et à contribuer à la comparabilité des nomenclatures des causes de décès.

En conséquence, le Gouvernement français convoqua à Paris, en août 1900, la Première Conférence internationale pour la révision de la Nomenclature internationale des Causes de Décès (Classification Bertillon). Les délégués de 26 pays assistèrent à cette conférence. Une classification détaillée des causes de décès comprenant 179 groupes et une classification abrégée de 35 groupes furent adoptées le 21 août 1900. L'avantage d'une révision décennale fut reconnu, et le Gouvernement français fut chargé de convoquer en 1910 la réunion suivante. En fait, cette réunion eut lieu en 1909, et le Gouvernement français convoqua des conférences successives en 1920, 1929 et 1938.

Le Dr Bertillon continua d'être le promoteur de la Nomenclature internationale des Causes de Décès; les révisions de 1900, 1910 et 1920 furent conduites sous sa direction. En qualité de Secrétaire général de la Conférence internationale, il adressa la révision provisoire de 1920 à plus de 500 personnes en leur demandant leur opinion. Sa mort, en 1922, priva la Conférence de son animateur.

HISTORIQUE DU DÉVELOPPEMENT DE LA CIM

A la session de l'Institut international de Statistique tenue en 1923, M. Michel Huber, successeur de Bertillon en France, reconnut ce manque de direction et présenta une résolution tendant à ce que l'Institut international de Statistique réaffirme sa position de 1893 à l'égard de la Nomenclature internationale des Causes de Décès, et collabore avec d'autres organisations internationales à la préparation de révisions ultérieures. L'Organisation d'Hygiène de la Société des Nations s'était également intéressée de façon active aux statistiques démographiques et avait nommé une Commission d'experts statisticiens pour étudier le classement des maladies et causes de décès, ainsi que d'autres problèmes rentrant dans le domaine de la statistique médicale. Le Dr E. Roesle, Chef du Service de Statistique médicale de l'Office de Santé publique d'Allemagne et membre de la Commission d'experts statisticiens, avait préparé une monographie donnant la liste des adjonctions qu'il serait nécessaire de prévoir dans les rubriques de la Nomenclature internationale des Causes de Décès de 1920, si l'on voulait que la classification soit utilisée pour la mise en tableaux des statistiques de morbidité. Cette étude minutieuse fut publiée en 1928 par l'Organisation d'Hygiène de la Société des Nations (15). Pour coordonner les travaux des deux institutions, il fut créé une commission internationale, connue sous le nom de "Commission mixte" et comprenant un nombre égal de représentants de l'Institut international de Statistique et de l'Organisation d'Hygiène de la Société des Nations. Cette commission élaborait des propositions en vue des Quatrième (1929) et Cinquième (1938) Révisions de la Nomenclature internationale des Causes de Décès.

6.3 Conférence pour la Cinquième Révision décennale

La Cinquième Conférence internationale pour la Révision décennale de la Nomenclature internationale des Causes de Décès fut, comme les précédentes, convoquée par le Gouvernement français et eut lieu à Paris en octobre 1938. La Conférence approuva trois listes : une liste détaillée de 200 rubriques, une liste intermédiaire de 87 rubriques et une liste abrégée de 44 rubriques. A part la mise à jour des listes conformément aux progrès de la science, particulièrement du chapitre des maladies infectieuses et parasitaires, et quelques modifications dans les chapitres des affections puerpérales et des accidents, la Conférence apporta aussi peu de changements que possible au contenu, au nombre et même au numérotage des rubriques. Une liste des causes de mortalité fut également établie et approuvée par la Conférence.

CLASSIFICATION INTERNATIONALE DES MALADIES

En ce qui concerne la classification des maladies pour les statistiques de morbidité, la Conférence reconnut la nécessité grandissante d'une nomenclature correspondante des maladies, susceptible de satisfaire aux besoins statistiques d'organisations très diverses, comme les organisations d'assurance-maladie, les hôpitaux, les services de santé militaires, les administrations sanitaires et autres organismes similaires. En conséquence, la résolution suivante fut adoptée (16) :

2. *Nomenclatures internationales des maladies*

En raison de l'importance que présente l'établissement de nomenclatures internationales des maladies, en correspondance avec les nomenclatures internationales des causes de décès :

La Conférence recommande que la Commission mixte désignée par l'Institut international de Statistique et l'Organisation d'Hygiène de la Société des Nations se chargent, comme elles l'avaient fait en 1929, de la préparation de nomenclatures internationales des maladies, en s'entourant de la collaboration d'experts et de représentants des organisations particulièrement intéressées.

En attendant l'existence de nomenclatures internationales des maladies, la Conférence recommande que les diverses nomenclatures nationales en usage correspondent, dans toute la mesure possible, avec la nomenclature internationale détaillée des causes de décès (avec indication entre parenthèses des numéros des chapitres, rubriques et sous-rubriques de cette nomenclature).

La Conférence recommanda en outre, dans la résolution ci-après, que le Gouvernement des Etats-Unis d'Amérique poursuive ses études du traitement statistique des causes multiples de décès (16) :

3. *Certificat de décès et sélection de la cause de décès en cas de causes multiples*

La Conférence,

Considérant qu'en 1929, le Gouvernement des Etats-Unis avait bien voulu se charger d'étudier les moyens d'obtenir l'unification des méthodes de sélection de la cause principale de décès dans les cas où deux causes ou plus sont mentionnées sur le certificat de décès.

HISTORIQUE DU DÉVELOPPEMENT DE LA CIM

Considérant que les nombreuses études terminées, ou en cours, dans plusieurs pays, prouvent l'importance de ce problème qui n'a pas encore été résolu,

Considérant encore que, d'après ces études, la comparabilité internationale des taux de mortalité due aux diverses maladies exige non seulement la solution du problème de la sélection de la cause principale de décès, mais de plusieurs autres questions,

(1) Remercie vivement le Gouvernement des Etats-Unis pour les travaux qu'il a effectués et provoqués dans ce domaine;

(2) Prie le Gouvernement des Etats-Unis de continuer ces études au cours des dix années à venir, en coopération avec d'autres pays et organisations, sur une base un peu plus large; et

(3) Suggère que, pour ces études futures, le Gouvernement des Etats-Unis veuille bien former une sous-commission comprenant des représentants des pays et organismes participant aux études entreprises dans ce domaine.

6.4 Classifications antérieures des maladies pour les statistiques de morbidité

Jusqu'ici, le classement des maladies a été présenté comme étant presque entièrement lié à la statistique des causes de décès. Cependant, Farr avait reconnu qu'il était souhaitable "d'étendre le même système de nomenclature aux maladies qui, tout en n'étant pas mortelles, causent une incapacité parmi la population et qui figurent maintenant dans les tables de maladies des armées, des marines, des hôpitaux, des prisons, des asiles d'aliénés, des institutions publiques de toute sorte, des sociétés de lutte contre la maladie, ainsi que dans les recensements de pays tels que l'Irlande, où les maladies de toute la population sont énumérées" (9). Aussi, dans son Report on nomenclature and statistical classification of diseases, présenté au Deuxième Congrès international de Statistique, a-t-il incorporé, dans la liste générale des maladies, la plus grande partie de celles qui affectent la santé, au même titre que les maladies mortelles. Au Quatrième Congrès international de Statistique, tenu à Londres en 1860, Florence Nightingale insista sur l'adoption de la classification des maladies de Farr pour le classement de la morbidité hospitalière, dans un article, *Proposals for a uniform plan of hospital statistics*.

A la Première Conférence internationale, tenue à Paris en 1900, pour la révision de la Classification Bertillon des Causes de Décès, une classification parallèle des maladies fut adoptée pour être utilisée dans les statistiques de maladies. Une liste parallèle analogue fut également adoptée à la Deuxième Conférence, en 1909. Les catégories supplémentaires pour les maladies non mortelles étaient formées par la subdivision de certaines rubriques de la classification des causes de décès en deux ou trois groupes de maladies, chacun d'eux étant désigné par une lettre. La traduction en anglais de la Seconde Révision décennale, publiée par le U.S. Department of Commerce and Labor en 1910, fut intitulée *International Classification of Causes of Sickness and Death*. Les révisions ultérieures incorporèrent certains de ces groupes dans la Nomenclature internationale détaillée des causes de décès. La Quatrième Conférence internationale adopta une classification des maladies qui ne différait de la Nomenclature internationale détaillée des causes de décès que par l'addition de nouvelles subdivisions de 12 rubriques. Toutefois, ces listes internationales de maladies n'ont pas reçu l'approbation générale, car elles n'offraient qu'une extension limitée de la liste primitive des causes de décès.

HISTORIQUE DU DÉVELOPPEMENT DE LA CIM

En l'absence d'une classification uniforme des maladies, susceptible d'être utilisée d'une façon satisfaisante pour les statistiques de morbidité, de nombreux pays ont jugé nécessaire d'établir de telles listes. Un Standard Morbidity Code fut préparé par le Dominion Council of Health du Canada et publié en 1936. Les principales subdivisions de ce code représentaient les dix-huit chapitres de la Révision de 1929 de la Nomenclature internationale des Causes de Décès, et celles-ci furent subdivisées en 380 catégories de maladies données. A la Cinquième Conférence internationale en 1938, le délégué canadien introduisit une modification à cette liste pour qu'elle serve de base à une nomenclature internationale des causes de maladie. Bien qu'aucune décision n'ait été prise sur cette proposition, la Conférence adopta la résolution mentionnée plus haut (page 147).

En 1944, des classifications provisoires des maladies et des traumatismes furent publiées en Angleterre et aux Etats-Unis d'Amérique pour servir à la mise en tableaux des statistiques de morbidité. Les deux classifications étaient plus complètes que la liste canadienne, mais suivaient, comme celle-ci, l'ordre général des maladies indiqué dans la Nomenclature internationale des Causes de Décès. La classification anglaise fut préparée par le Committee on Hospital Morbidity Statistics du Medical Research Council, comité créé en janvier 1942. Elle est intitulée : *A provisional classification of diseases and injuries for use in compiling morbidity statistics* (17). Elaborée d'après une classification-type des maladies et des traumatismes, elle était destinée à fournir un plan pour la collecte et l'enregistrement des statistiques relatives aux malades admis dans les hôpitaux de Grande-Bretagne, et fut utilisée dans tout le pays par les organismes gouvernementaux et privés.

Peu de temps auparavant, le Surgeon-General du U.S. Public Health Service et le Director du U.S. Bureau of the Census publièrent une liste des maladies et traumatismes qui devait servir à la mise en tableaux des statistiques de morbidité (18). La liste fut préparée par la Division of Public Health Methods du Public Health Service, en coopération avec un comité d'experts-conseils désigné par le Surgeon-General. Un *Manual for coding causes of illness according to a diagnosis code for tabulating morbidity statistics*, fut publié en 1944; il se composait du code de diagnostic, d'une table analytique, des termes à inclure et d'un Index alphabétique. Ce code a été utilisé aux Etats-Unis d'Amérique dans plusieurs hôpitaux, dans un grand nombre de systèmes d'assurances volontaires pour l'hospitalisation et de programmes de soins médicaux, et a fait l'objet d'études spéciales de la part d'autres organismes.

6.5 United States Committee on Joint Causes of Death

Conformément à une résolution de la Conférence internationale pour la Cinquième Révision, le Secretary of State des Etats-Unis créa, en 1945, le U.S. Committee on Joint Causes of Death, présidé par le Dr Lowell J. Reed, Professeur de biostatistiques à la Johns Hopkins University. Parmi les membres et les experts-conseils de ce comité figuraient des représentants des Gouvernements canadien et britannique et de l'Organisation d'Hygiène de la Société des Nations. Le comité, reconnaissant la tendance générale de l'opinion à l'égard des listes statistiques de morbidité et de mortalité, décida qu'avant d'aborder la question des causes multiples il serait bon de considérer la classification du point de vue de la morbidité et de la mortalité, puisque le problème des causes multiples se pose pour les deux genres de statistiques.

Le comité prit aussi connaissance de la partie de la résolution de la dernière Conférence internationale, qui recommandait que "les diverses nomenclatures nationales en usage soient accordées, dans toute la mesure possible, avec la nomenclature internationale détaillée des causes de décès". Il reconnut que la classification des maladies et des traumatismes est étroitement liée à la classification des causes de décès. L'opinion qui veut que ces deux classifications soient fondamentalement différentes provient de cette croyance erronée que la Nomenclature internationale est un classement des causes finales, alors qu'en fait elle repose sur l'état morbide qui a déclenché la succession des états dont la mort a été l'aboutissement final. Le comité estima que, pour permettre l'utilisation complète des statistiques de morbidité et des statistiques de mortalité, non seulement le classement des maladies, fait à ces deux fins, doit laisser place à une possibilité de comparaison, mais également il ne doit y avoir, si possible, qu'une seule liste.

De plus, un nombre croissant d'organisations statistiques utilisent des documents médicaux concernant à la fois la maladie et le décès. Même dans les organisations qui ne recueillent que les statistiques de morbidité, il faut classer les cas mortels aussi bien que les cas non mortels. C'est pourquoi une seule liste facilite énormément les opérations de classement dans de tels organismes. Elle fournit également une base commune pour la comparaison des statistiques de morbidité et de mortalité.

HISTORIQUE DU DÉVELOPPEMENT DE LA CIM

Il fut donc créé un sous-comité qui prépara un avant-projet intitulé "Proposed Statistical Classification of Diseases, Injuries and Causes of Death". Après avoir été remanié à la suite d'essais entrepris par divers organismes au Canada, dans le Royaume-Uni et aux Etats-Unis d'Amérique, ce travail fut approuvé sous sa forme finale.

6.6 Sixième Révision des Nomenclatures internationales

La Conférence internationale de la Santé, tenue à New York en juin et juillet 1946 (19), a chargé la Commission intérimaire de l'Organisation mondiale de la Santé :

d'étudier l'ensemble du mécanisme existant et d'entreprendre les travaux préparatoires qui peuvent être nécessaires en vue :

- (i) de la prochaine révision décennale des "Nomenclatures internationales des causes de décès" (y compris les listes adoptées conformément à l'Accord international de 1934, ayant trait aux statistiques des causes de décès); et
- (ii) de l'établissement des listes internationales des causes de morbidité.

Pour s'acquitter de cette tâche, la Commission intérimaire décida de constituer le Comité d'experts pour la préparation de la Sixième Révision décennale des Nomenclatures internationales des Maladies et Causes de Décès.

Ce Comité, tenant pleinement compte, dans l'accomplissement de sa tâche, de l'opinion prédominante au sujet des classifications des causes de morbidité et de mortalité, examina et révisa le projet de classification susmentionné qui avait été préparé par le U.S. Committee on Joint Causes of Death.

CLASSIFICATION INTERNATIONALE DES MALADIES

Ces travaux aboutirent à l'établissement d'un document intitulé *Classification statistique internationale des Maladies, Traumatismes et Causes de Décès*, qui fut communiqué pour observations et suggestions, aux administrations nationales chargées d'établir les statistiques de morbidité et de mortalité. Le Comité d'experts examina ensuite les réponses des administrations nationales et prépara une version révisée du document, en y apportant les modifications qui paraissaient nécessaires pour qu'il fût plus utile et mieux accueilli. Le Comité élaborait également une liste de termes diagnostiques à faire figurer sous chaque rubrique de la Classification. En outre, un sous-comité fut chargé de dresser un Index alphabétique détaillé des termes diagnostiques, avec renvoi à la rubrique correspondante de la Classification.

Le Comité examina aussi la structure et les utilisations de listes spéciales pour la mise en tableaux et la publication des statistiques de morbidité et de mortalité; il étudia également divers autres problèmes relatifs à la comparabilité internationale des statistiques de mortalité, tel que le modèle de certificat médical et les règles de classement.

La Conférence internationale pour la Sixième Révision décennale des Nomenclatures internationales des Maladies et Causes de Décès fut convoquée à Paris, du 26 au 30 avril 1948, par le Gouvernement français en vertu de l'Accord de 1938, signé lors de la clôture de la Conférence pour la Cinquième Révision. Le secrétariat de la Conférence travailla en collaboration avec les administrations françaises compétentes et avec l'Organisation mondiale de la Santé, lesquelles avaient mené à bien le travail préparatoire, conformément aux dispositions de l'accord conclu par les gouvernements représentés à la Conférence internationale de la Santé en 1946 (19).

HISTORIQUE DU DÉVELOPPEMENT DE LA CIM

La Conférence approuva la classification préparée par le Comité d'experts sous le nom de Sixième Révision des Nomenclatures internationales des Maladies et Causes de Décès (20). Elle étudia aussi d'autres propositions du Comité d'experts pour l'élaboration, la mise en tableaux et la publication des statistiques de morbidité et de mortalité. La Conférence préconisa l'adoption du modèle international de certificat médical de la cause de décès, accepta la cause initiale comme la cause principale de décès à inscrire lors de la mise en tableaux et approuva les règles à suivre pour la sélection de la cause initiale de décès ainsi que les listes spéciales pour la mise en tableaux des données statistiques sur la morbidité et la mortalité. Elle recommanda, en outre, que l'Assemblée mondiale de la Santé adoptât, conformément aux dispositions de l'Article 21(b) de la Constitution de l'Organisation, un règlement destiné à guider les Etats Membres dans l'élaboration de statistiques de morbidité et de mortalité conformes à la Classification statistique internationale.

En 1948, la Première Assemblée mondiale de la Santé entérina le rapport de la Conférence pour la Sixième Révision décennale et adopta le Règlement N° 1 de l'Organisation mondiale de la Santé, rédigé d'après les recommandations de la Conférence. La classification, y compris la table analytique des inclusions définissant le contenu des rubriques, le modèle de certificat médical de la cause de décès, les règles de classement et les listes spéciales pour la Classification furent incorporés dans le *Manuel de Classement statistique international des Maladies, Traumatismes et Causes de Décès* (21). Ce manuel comprend deux volumes; le second est un Index alphabétique des termes diagnostiques, accompagnés chacun du numéro renvoyant à la rubrique appropriée de la Classification.

CLASSIFICATION INTERNATIONALE DES MALADIES

La Conférence pour la Sixième Révision décennale marqua le début d'une ère nouvelle en matière de statistiques internationales démographiques et sanitaires. Outre l'adoption d'une liste détaillée des maladies, traumatismes et causes de décès et l'approbation de règles internationales pour le choix de la cause initiale de décès, la Conférence préconisa un vaste programme de collaboration internationale dans le domaine des statistiques démographiques et sanitaires. Un point important de ce programme fut la recommandation adressée aux gouvernements de créer des commissions nationales de statistiques démographiques et sanitaires chargées de coordonner les activités statistiques dans le pays et de servir de lien entre les institutions nationales de statistiques et l'Organisation mondiale de la Santé. On envisagea, en outre, que ces commissions nationales étudieraient, soit isolément, soit en collaboration, des problèmes statistiques présentant de l'importance du point de vue de la santé publique et qu'elles communiqueraient à l'OMS les résultats de leurs investigations.

6.7 Septième et Huitième Révisions

La Conférence internationale pour la Septième Révision décennale de la Classification internationale des Maladies se réunit à Paris, sous les auspices de l'OMS, en février 1955 (22). Conformément à la recommandation du Comité OMS d'experts des Statistiques sanitaires, cette Révision fut limitée aux changements essentiels et à la suppression d'erreurs et de contradictions (23).

La Conférence pour la Huitième Révision, convoquée par l'OMS, s'est tenue à Genève du 6 au 12 juillet 1965 (24). Plus radicale que la Septième, cette révision n'en a pas moins laissé inchangée la structure fondamentale de la Classification et la philosophie générale du classement des maladies, d'après leur étiologie plutôt qu'en fonction d'une manifestation particulière.

Au cours des années pendant lesquelles les Septième et Huitième Révisions de la CIM étaient en vigueur, l'emploi de la CIM pour l'indexation des dossiers médicaux hospitaliers s'est rapidement accru et certains pays ont préparé des adaptations nationales qui fournissaient les détails supplémentaires nécessaires pour cette application de la CIM.

6.8 Neuvième Révision

La Conférence internationale pour la Neuvième Révision de la Classification internationale des Maladies, convoquée par l'OMS, s'est réunie à Genève du 30 septembre au 6 octobre 1975 (25). Dans les discussions ayant précédé la conférence, il avait été tout d'abord prévu qu'il n'y aurait que peu de changements autres qu'une mise à jour de la classification; cela en raison surtout de la dépense que représentait l'adaptation des systèmes de traitement des données chaque fois que la classification était révisée. La CIM avait soulevé un très grand intérêt et il fallait trouver les moyens de faire face à cette situation, en partie par une modification de la classification elle-même et en introduisant des dispositions spéciales de codage. Un certain nombre de remarques ont été faites par des organismes spécialisés qui avaient manifesté de l'intérêt à utiliser la CIM pour leurs propres statistiques. Certains domaines de la classification ont été considérés comme mal structurés et il y eut des pressions considérables pour obtenir plus de détails et une adaptation de la classification pour qu'elle corresponde mieux à l'évaluation des soins médicaux, en classant les affections dans les chapitres ayant trait à la partie de l'organisme affecté plutôt qu'à ceux ayant trait à la maladie initiale généralisée. A l'inverse, il y eut des remarques provenant de pays et de régions où une classification détaillée et compliquée n'avait pas d'intérêt, mais qui, néanmoins, avaient besoin d'une classification basée sur la CIM de façon à évaluer leur progrès en soins de santé et dans la lutte contre les maladies.

Les dernières propositions acceptées par la Conférence maintenaient la structure de base de la CIM, avec cependant de nombreux détails complémentaires au niveau des sous-catégories à quatre chiffres, et avec certaines subdivisions facultatives à cinq chiffres. Pour satisfaire les usagers ne demandant pas tant de détails, on a pris soin de s'assurer que les catégories au niveau du troisième chiffre suffisaient.

Pour satisfaire les usagers désirant établir des statistiques et des index orientés sur les soins médicaux, la Neuvième Révision a inclus une méthode facultative de classification des éléments diagnostiques, comprenant des informations aussi bien sur la maladie générale initiale que sur une manifestation d'un organe ou d'un siège particulier. Ce système est maintenant connu sous le nom de système des dagues et des astérisques et il est maintenu dans la Dixième Révision. Un certain nombre d'autres innovations techniques ont été incluses dans la Neuvième Révision, pour augmenter sa flexibilité d'emploi dans diverses situations.

La Vingt-Neuvième Assemblée mondiale de la Santé, tenant compte des recommandations de la Conférence internationale pour la Neuvième Révision de la Classification internationale des Maladies, a approuvé la publication, en vue d'essais, de classifications supplémentaires des incapacités et handicaps et des actes médicaux comme suppléments à la Classification internationale des Maladies, mais n'en faisant pas partie intégrante. La Conférence a également fait des recommandations sur un certain nombre de sujets techniques apparentés : les règles de codage pour les causes de mortalité ont été légèrement modifiées et les règles pour la sélection d'une cause unique pour la mise en tableaux des causes de morbidité ont été introduites pour la première fois; des définitions et des recommandations pour des statistiques dans le domaine de la mortalité périnatale ont été modifiées et étendues, et un certificat de causes de décès périnatal a été recommandé; les pays ont été encouragés à poursuivre leur travail sur le codage et l'analyse des affections multiples, mais aucune méthode officielle n'a été recommandée; et une nouvelle liste de mise en tableaux de base a été établie.

6.9 Préparations de la Dixième Révision

Avant la Conférence pour la Neuvième Révision, l'OMS s'est préparée à la Dixième Révision. L'emploi très répandu de la CIM a montré qu'il était nécessaire de repenser de façon approfondie sa structure et qu'un effort devait être fait pour mettre au point une classification stable et flexible, qui ne nécessiterait pas de révision fondamentale pendant de nombreuses années. De ce fait, il a été demandé aux Centres collaborateurs de l'OMS pour la Classification des Maladies (voir Volume 1, pp. 7-8) d'expérimenter des modèles d'autres structures possibles de la CIM-10.

Il est également devenu évident que l'intervalle de dix ans institué entre les révisions était trop court. Le travail sur le processus de révision doit commencer avant que la version en cours de la CIM ait été suffisamment utilisée pour être évaluée minutieusement; de plus la nécessité de consulter tant de pays et d'organisations nécessite beaucoup de temps. Le Directeur général de l'OMS a donc écrit aux Etats Membres et a obtenu leur accord pour retarder jusqu'à 1989 la Conférence de la Dixième Révision, qui était initialement prévue pour 1985, et pour retarder l'introduction de la Dixième Révision, qui devait avoir lieu en 1989. Ceci a permis l'expérimentation d'autres modèles de la structure de la CIM, l'évaluation de la CIM-9, par exemple, au cours de réunions organisées par certains des bureaux régionaux de l'OMS et par une enquête organisée par le siège de l'Organisation.

HISTORIQUE DU DÉVELOPPEMENT DE LA CIM

Il s'en est suivi un programme étendu de travail qui a abouti à la Dixième Révision de la CIM, travail qui est décrit dans le rapport de la Conférence internationale pour la Dixième Révision de la Classification internationale des maladies, que l'on trouve dans le Volume 1.

7. Annexes

7.1 Liste d'affections incapables d'entraîner le décès

Code	Catégorie ou sous-catégorie
A31.1	Infection cutanée à <i>Mycobacterium</i>
A42.8	Autres formes d'actinomyose
A60.0	Infection des organes génitaux et de l'appareil génito-urinaire par le virus de l'herpès
A71.0–A71.9	Trachome
A74.0	Conjonctivite à <i>Chlamydia</i>
B00.2	Gingivo-stomatite et pharyngo-amygdalite due au virus de l'herpès
B00.5	Affection oculaire due au virus de l'herpès
B00.8	Panaris herpétique
B07	Verrues virales
B08.1	Molluscum contagiosum
B08.8	Fièvre aphteuse
B30.0–B30.9	Conjonctivite virale
B35.0–B35.9	Dermatophytose
B36.0–B36.9	Autres mycoses superficielles
B85.0–B85.4	Pédiculose et phthiriasis
F45.3–F45.9	Troubles somatoformes
F50.1, F50.3–F50.9	Troubles de l'alimentation
F51.0–F51.9	Troubles du sommeil non organiques
F52.0–F52.9	Dysfonctionnement sexuel, non dû à un trouble ou à une maladie organique
F60.0–F60.9	Troubles spécifiques de la personnalité
F61	Troubles mixtes de la personnalité et autres troubles de la personnalité
F62.0–F62.9	Modification durable de la personnalité non attribuable à une lésion et une maladie cérébrale
F63.0–F63.9	Troubles des habitudes et des impulsions
F64.0–F64.9	Troubles de l'identité sexuelle
F65.0–F65.9	Troubles de la préférence sexuelle

LISTE D'AFFECTIONS INCAPABLES D'ENTRAÎNER LE DÉCÈS

Code	Catégorie ou sous-catégorie
F66.0–F66.9	Problèmes psychologiques et comportementaux associés au développement sexuel et à son orientation
F68.0–F68.9	Autres troubles de la personnalité et du comportement chez l'adulte
F69	Trouble de la personnalité et du comportement chez l'adulte, sans précision
F95.0–F95.9	Tics
F98.0–F98.9	Autres troubles du comportement et troubles émotionnels apparaissant habituellement durant l'enfance et l'adolescence
G43.0–G43.2, G43.8–G43.9	Migraine, sauf migraine compliquée (G43.3)
G44.0–G44.2	Autres syndromes d'algies céphaliques
G45.0–G45.9	Accidents ischémiques cérébraux transitoires et syndromes apparentés
G50.0–G50.9	Affections du nerf trijumeau
G51.0–G51.9	Affections du nerf facial
G54.0–G54.9	Affections des racines et des plexus nerveux
G56.0–G56.9	Mononévrite du membre supérieur
G57.0–G57.9	Mononévrite du membre inférieur
G58.7	Mononévrite de sièges multiples
H00.0–H00.1	Orgelet et chalazion
H01.0–H01.9	Autres inflammations de la paupière
H02.0–H02.9	Autres affections des paupières
H04.0–H04.9	Affections de l'appareil lacrymal
H10.0–H10.9	Conjonctivite
H11.0–H11.9	Autres affections de la conjonctive
H15.0–H15.9	Affections de la sclérotique
H16.0–H16.9	Kératite
H17.0–H17.9	Cicatrices et opacités cornéennes
H18.0–H18.9	Autres affections de la cornée
H20.0–H20.9	Iridocyclite
H21.0–H21.9	Autres affections de l'iris et du corps ciliaire
H25.0–H25.9	Cataracte sénile
H26.0–H26.9	Autres cataractes
H27.0–H27.9	Autres affections du cristallin
H30.0–H30.9	Choriorétinite

CLASSIFICATION INTERNATIONALE DES MALADIES

Code	Catégorie ou sous-catégorie
H31.0–H31.9	Autres affections de la choroïde
H33.0–H33.5	Décollement et déchirure de la rétine
H34.0–H34.9	Occlusions vasculaires rétinienues
H35.0–H35.9	Autres affections rétinienues
H40.0–H40.9	Glaucome
H43.0–H43.9	Affections du corps vitré
H46	Névrite optique
H47.0–H47.7	Autres affections du nerf [II] et des voies optiques
H49.0–H49.9	Strabisme paralytique
H50.0–H50.9	Autres strabismes
H51.0–H51.9	Autres anomalies des mouvements binoculaires
H52.0–H52.7	Vices de réfraction et troubles de l'accommodation
H53.0–H53.9	Troubles de la vision
H54.0–H54.7	Cécité et baisse de la vision
H55	Nystagmus et autres anomalies des mouvements oculaires
H57.0–H57.9	Autres affections de l'oeil et de ses annexes
H60.0–H60.9	Otite externe
H61.0–H61.9	Autres affections de l'oreille externe
H80.0–H80.9	Otosclérose
H83.3–H83.9	Autres maladies de l'oreille interne
H90.0–H90.8	Surdité de transmission et neurosensorielle
H91.0–H91.9	Autres pertes de l'audition
H92.0–H92.2	Otalgie et écoulement par l'oreille
H93.0–H93.9	Autres affections de l'oreille, non classées ailleurs
J00	Rhinopharyngite aiguë [rhume banal]
J06.0–J06.9	Infections aiguës des voies respiratoires supérieures, à localisations multiples et non précisées
J30.0–J30.4	Rhinite allergique et vasomotrice
J33.0–J33.9	Polype nasal
J34.2	Déviation de la cloison nasale
J35.0–J35.9	Maladies chroniques des amygdales et des végétations ad�no�ides

LISTE D'AFFECTIONS INCAPABLES D'ENTRAÎNER LE DÉCÈS

Code	Catégorie ou sous-catégorie
K00.0–K00.9	Troubles de l'odontogénèse
K01.0–K01.1	Dents incluses et enclavées
K02.0–K02.9	Caries dentaires
K03.0–K03.9	Autres maladies des tissus dentaires durs
K04.0–K04.9	Maladies de la pulpe et des tissus périapicaux
K05.0–K05.6	Gingivite et maladies périodontales
K06.0–K06.9	Autres affections de la gencive et de la crête alvéolaire édentée
K07.0–K07.9	Anomalies dento-faciales (y compris les malocclusions)
K08.0–K08.9	Autres affections des dents et du parodonte
K09.0–K09.9	Kystes de la région buccale, non classés ailleurs
K10.0–K10.9	Autres maladies des mâchoires
K11.0–K11.9	Maladies des glandes salivaires
K14.0–K14.9	Maladies de la langue
L01.0–L01.1	Impétigo (chez les enfants de plus d'un an)
L03.0	Phlegmon des doigts et des orteils
L04.0–L04.9	Lymphadénite aiguë
L05.0–L05.9	Kyste pilonidal
L08.0–L08.8	Autres infections localisées de la peau et du tissu sous-cutané
L20.0–L20.9	Dermite atopique
L21.0–L21.9	Dermite séborrhéique
L22	Dermite fessière du nourrisson
L23.0–L23.9	Dermite allergique de contact
L24.0–L24.9	Dermite irritante de contact
L25.0–L25.9	Dermite de contact, sans précision
L28.0–L28.2	Lichen simplex chronique et prurigo
L29.0–L29.9	Prurit
L30.0–L30.9	Autres dermites
L41.0–L41.9	Parapsoriasis
L42	Pityriasis rosé de Gibert
L43.0–L43.9	Lichen plan
L44.0–L44.9	Autres lésions papulo-squameuses
L55.0–L55.1, L55.8–L55.9	Coup de soleil, sauf coup de soleil du troisième degré (L55.2)

CLASSIFICATION INTERNATIONALE DES MALADIES

Code	Catégorie ou sous-catégorie
L56.0–L56.9	Autres modifications aiguës de la peau dues aux rayons ultraviolets
L57.0–L57.9	Modifications de la peau dues à une exposition chronique aux rayonnements non ionisants
L58.0–L58.9	Radiodermite
L59.0–L59.9	Autres affections de la peau et du tissu cellulaire sous-cutané liées à une irradiation
L60.0–L60.9	Maladies des ongles
L63.0–L63.9	Pelade
L64.0–L64.9	Alopécie androgénique
L65.0–L65.9	Autres formes non cicatricielles de raréfaction du système pileux
L66.0–L66.9	Alopécie cicatricielle
L67.0–L67.9	Anomalies de la pigmentation et de la gaine capillaires
L68.0–L68.9	Hypertrichose
L70.0–L70.9	Acné
L72.0–L72.9	Kystes folliculaires de la peau et du tissu cellulaire sous-cutané
L73.0–L73.9	Autres affections folliculaires
L74.0–L74.9	Maladies des glandes sudoripares exocrines
L75.0–L75.9	Maladies des glandes sudoripares apocrines
L80	Vitiligo
L81.0–L81.9	Autres anomalies de la pigmentation
L83	Acanthosis nigricans
L84	Cors et callosités
L85.0–L85.9	Autres épaissements de l'épiderme
L87.0–L87.9	Anomalies de l'élimination transépidermique
L90.0–L90.9	Affections atrophiques de la peau
L91.0–L91.9	Affections hypertrophiques de la peau
L92.0–L92.9	Lésions granulomateuses de la peau et du tissu cellulaire sous-cutané
L94.0–L94.9	Autres affections localisées du tissu conjonctif
L98.0–L98.3, L98.5–L95.9	Autres affections de la peau et du tissu cellulaire sous-cutané, non classées ailleurs
M20.0–M20.6	Déformations des doigts et des orteils
M21.0–M21.9	Autres déformations des membres
M22.0–M22.9	Lésions de la rotule

LISTE D'AFFECTIONS INCAPABLES D'ENTRAÎNER LE DÉCÈS

Code	Catégorie ou sous-catégorie
M23.0–M23.9	Lésion interne du genou
M24.0–M24.9	Autres lésions articulaires spécifiques
M25.0–M25.9	Autres affections articulaires, non classées ailleurs
M35.3	Polymyalgie rhumatismale
M40.0–M40.5	Cyphose et lordose
M43.6	Torticolis
M43.8–M43.9	Autres dorsopathies avec déformation
M48.0	Rétrécissement du canal médullaire (sauf région cervicale)
M53.0–M53.9	Autres dorsopathies, non classées ailleurs
M54.0–M54.9	Dorsalgies
M60.0–M60.9	Myosite
M65.0–M65.9	Synovite et ténosynovite
M66.0–M66.5	Déchirure spontanée de la synoviale et du tendon
M67.0–M67.9	Autres atteintes de la synoviale et du tendon
M70.0–M70.9	Affections des tissus mous par sollicitation excessive de l'articulation
M71.0–M71.9	Autres bursites
M75.0–M75.9	Lésions de l'épaule
M76.0–M76.9	Enthésopathies du membre inférieur, sauf le pied
M77.0–M77.9	Autres enthésopathies
M79.0–M79.9	Autres affections des tissus mous, non classées ailleurs
M95.0–M95.9	Autres déformations du système ostéo-articulaire, des muscles et du tissu conjonctif
M99.0–M99.9	Lésions biomécaniques, non classées ailleurs
N39.3	Incontinence urinaire d'effort
N46	Stérilité, chez l'homme
N47	Hypertrophie du prépuce, phimosis et paraphimosis
N60.0–N60.9	Dysplasie mammaire bénigne
N84.0–N84.9	Polype de l'appareil génital de la femme
N85.0–N85.9	Autres affections non inflammatoires de l'utérus, sauf le col

CLASSIFICATION INTERNATIONALE DES MALADIES

Code	Catégorie ou sous-catégorie
N86	Erosion et ectropion du col de l'utérus
N87.0–N87.9	Dysplasie du col de l'utérus
N88.0–N88.9	Autres affections non inflammatoires du col de l'utérus
N89.0–N89.9	Autres affections non inflammatoires du vagin
N90.0–N90.9	Autres affections non inflammatoires de la vulve et du périnée
N91.0–N91.5	Aménorrhée, oligoménorrhée et hypoménorrhée
N92.0–N92.6	Ménorragie, polyménorrhée et métrorragie
N93.0–N93.9	Autres saignements anormaux de l'utérus et du vagin
N94.0–N94.9	Douleurs et autres affections des organes génitaux de la femme et du cycle menstruel
N96	Avortements à répétition
N97.0–N97.9	Stérilité de la femme
Q10.0–Q10.7	Malformations congénitales des paupières, de l'appareil lacrymal et de l'orbite
Q11.0–Q11.3	Anophthalmie, microphthalmie et macrophthalmie
Q12.0–Q12.9	Malformations congénitales du cristallin
Q13.0–Q13.9	Malformations congénitales de la chambre antérieure de l'oeil
Q14.0–Q14.9	Malformations congénitales de la chambre postérieure de l'oeil
Q15.0–Q15.9	Autres malformations congénitales de l'oeil
Q16.0–Q16.9	Malformations congénitales de l'oreille avec atteinte de l'audition
Q17.0–Q17.9	Autres malformations congénitales de l'oreille
Q18.0–Q18.9	Autres malformations congénitales de la face et du cou
Q38.1	Ankyloglossie
Q65.0–Q65.9	Anomalies morphologiques congénitales de la hanche
Q66.0–Q66.9	Anomalies morphologiques congénitales du pied
Q67.0–Q67.8	Anomalies morphologiques congénitales de la tête, de la face, du rachis et du thorax

LISTE D'AFFECTIONS INCAPABLES D'ENTRAÎNER LE DÉCÈS

Code	Catégorie ou sous-catégorie
Q68.0–Q68.8	Anomalies morphologiques congénitales ostéo-articulaires et des muscles
Q69.0–Q69.9	Polydactylie
Q70.0–Q70.9	Syndactylie
Q71.0–Q71.9	Raccourcissement du membre supérieur
Q72.0–Q72.9	Raccourcissement du membre inférieur
Q73.0–Q73.8	Raccourcissement d'un membre non précisé
Q74.0–Q74.9	Autres malformations congénitales d'un (des) membre(s)
Q80.0–Q80.3, Q80.8–Q80.9	Ichthyose congénitale, sauf fœtus Arlequin (Q80.4)
Q81.0	Epidermolyse bulleuse simple
Q81.2–Q81.9	Autres formes d'épidermolyse bulleuse, sauf l'épidermolyse bulleuse létale (Q81.1)
Q82.0–Q82.9	Autres malformations congénitales de la peau
Q83.0–Q83.9	Malformations congénitales du sein
Q84.0–Q84.9	Autres malformations congénitales de la peau et des phanères
S00.0–S00.9	Lésion traumatique superficielle de la tête
S05.0, S05.1, S05.8	Lésion traumatique superficielle (toute nature) de l'oeil et de l'orbite (toute partie)
S10.0–S10.9	Lésion traumatique superficielle du cou
S20.0–S20.8	Lésion traumatique superficielle du thorax
S30.0–S30.9	Lésion traumatique superficielle de l'abdomen, des lombes, du rachis lombaire et du bassin
S40.0–S40.9	Lésion traumatique superficielle de l'épaule et du bras
S50.0–S50.9	Lésion traumatique superficielle de l'avant-bras
S60.0–S60.9	Lésion traumatique superficielle du poignet et de la main
S70.0–S70.9	Lésion traumatique superficielle de la hanche et de la cuisse
S80.0–S80.9	Lésion traumatique superficielle de la jambe
S90.0–S90.9	Lésion traumatique superficielle de la cheville et du pied
T09.0	Lésion traumatique superficielle du tronc, niveau non précisé

CLASSIFICATION INTERNATIONALE DES MALADIES

Code	Catégorie ou sous-catégorie
T11.0	Lésion traumatique superficielle du membre supérieur, niveau non précisé
T13.0	Lésion traumatique superficielle du membre inférieur, niveau non précisé
T14.0	Lésion traumatique superficielle d'une partie du corps non précisée
T20.1	Brûlure du premier degré de la tête et du cou
T21.1	Brûlure du premier degré du tronc
T22.1	Brûlure du premier degré de l'épaule et du bras, sauf poignet et main
T23.1	Brûlure du premier degré du poignet et de la main
T24.1	Brûlure du premier degré de la hanche et du membre inférieur,sauf cheville et pied
T25.1	Brûlure du premier degré de la cheville et du pied

Bibliographie

1. *Classification internationale des maladies-Oncologie (CIM-O)*, deuxième éd. Organisation mondiale de la Santé - Institut national de la Santé et de la Recherche médicale (sous presse).
2. *Systematized nomenclature of medicine (SNOMED)*. Chicago, College of American Pathologists, 1976.
3. *Manual of tumor nomenclature and coding (MOTNAC)*. New York, American Cancer Society, 1968.
4. *Systematized nomenclature of pathology (SNOP)*. Chicago, College of American Pathologists, 1965.
5. *Classification internationale des troubles mentaux et des troubles du comportement : descriptions cliniques et directives pour le diagnostic*. Paris, Masson, 1993
6. *Classification internationale des actes médicaux*. Volumes 1 et 2. Genève, Organisation mondiale de la Santé, 1980.
7. *Classification internationale du fonctionnement du handicap et de la santé*. Organisation mondiale de la Santé - 2001.
8. *International Nomenclature of Diseases*. Geneva, Council for International Organizations of Medical Sciences and World Health Organization; pour plus de détails sur chacun des volumes, voir le texte.
9. *Sixteenth annual report*. London, Registrar General of England and Wales, 1856, App. p. 73.
10. Knibbs G.H. The International Classification of Disease and Causes of Death and its revision. *Medical journal of Australia*, 1929, 1:2-12.
11. Greenwood M. *Medical statistics from Graunt to Farr*. Cambridge, Cambridge University Press, 1948.

BIBLIOGRAPHIE

12. *First annual report*. London, Registrar General of England and Wales, 1839, p. 99.
13. Bertillon J. Classification of the causes of death (résumé). In: *Transactions of the 15th International Congress on Hygiene Demography*. Washington, 1912.
14. *Bulletin de l'Institut international de la Statistique*, 1900, 12:280.
15. Roesle E. *Essai d'une statistique comparative de la morbidité devant servir à établir les listes spéciales des causes de morbidité*. Genève, Organisation d'Hygiène de la Société des Nations, 1928 (document C.H.730).
16. *Nomenclatures internationales de causes de décès*. La Haye, Institut international de Statistique, 1940.
17. Medical Research Council, Committee on Hospital Morbidity Statistics. *A provisional classification of diseases and injuries for use in compiling morbidity statistics*. London, Her Majesty's Stationery Office, 1944 (Special Report Series No. 248).
18. US Public Health Service, Division of Public Health Methods. *Manual for coding causes of illness according to a diagnosis code for tabulating morbidity statistics*. Washington, Government Publishing Office, 1944 (Miscellaneous Publication No. 32).
19. *Actes off. Org. mond. Santé*, 1948, **11**, 23.
20. *Actes off. Org. mond. Santé*, 1948, **2**, 110.
21. *Manuel de la classification statistique internationale des maladies, traumatismes et causes de décès. Sixième Révision*. Genève, Organisation mondiale de la Santé, 1949.
22. *Rapport de la Conférence pour la Septième Révision des Nomenclatures internationales des Maladies et Causes de Décès*. Genève, Organisation mondiale de la Santé, 1955 (document non publié WHO/HS/7 Rev. Conf./17 Rev. 1; peut être obtenu sur demande à Renforcement des Services épidémiologiques et statistiques, Organisation mondiale de la Santé, 1211 Genève 27, Suisse).

23. *Comité d'experts des statistiques sanitaires. Troisième rapport.* Organisation mondiale de la Santé, 1952 (Série de rapports techniques OMS, Genève, n° 53).
24. *Rapport de la Conférence pour la Huitième Révision des Nomenclatures internationales des Maladies et Causes de Décès.* Genève, Organisation mondiale de la Santé, 1965 (document non publié WHO/ICD9/74.4; peut être obtenu sur demande à Renforcement des Services épidémiologiques et statistiques, Organisation mondiale de la Santé, 1211 Genève 27, Suisse).
25. *Manuel de la classification statistique internationale des maladies, traumatismes et causes de décès, Volume I.* Genève, Organisation mondiale de la santé, 1977.

Index

A

A terme (grossesse), 173
Accidents, 86, 140
Accolades, 30
Accouchement, 51, 84, 100, 120, 122, 158, 159, 161
Actes à visée diagnostique et thérapeutique, 9, 33, 140
affection de l'oreille et de l'apophyse mastoïde, 72
anomalies endocriniennes et métaboliques, 69
appareil
circulatoire, 79
digestif, 82
génito-urinaire, 83
codage, 140
oeil et ses annexes, 72
système
nerveux, 72
ostéo-articulaire, 83
troubles respiratoires, 81
Actes médicaux, 9
Adaptations par spécialités, 6
Affection
incapable d'entraîner le décès, 205
Affections
aigues et chroniques, 139
cardio-pulmonaires, 76
de l'appareil génito-urinaire, après un acte à visée diagnostique ou thérapeutique, 83
du système nerveux central, 102, 155
du système ostéo-articulaire, après un acte à visée diagnostique ou thérapeutique, 83
hypertensives, 73, 98
multiples, 131, 135
sans gravité, 56, 59

Age gestationnel
classement, 178
Age gestationnel, 173
Agents d'infections bactériennes ou virales
toxiques, 28
Agents d'infections bactériennes ou virales, 68
Agents d'infections bactériennes ou virales, 151
Alcool, 70
Angine de poitrine, 75
Anomalies
chromosomiques, 100, 114
métaboliques, 69
Application de la Classification internationale des Maladies à la Rhumatologie et à l'Orthopédie, 8
l'Odontologie et à la Stomatologie (CIM-AO), 8
Après terme, 173
Arrêt cardiaque, 76
Arythmies cardiaques, 76
Associations d'affections, 135
Asthme, 80
Athérosclérose, 77
Atteintes de l'appareil digestif, après un acte à visée diagnostique ou thérapeutique, 82
Avant terme, 173
Avortement, complications, 83, 158

B

Baisse de la vision, 72, 157
Bertillon, Jacques, 190
Blocs de catégories, 20
Bossier de Lacroix, François (Sauvages), 187
Bronchite, 79

INDEX

C

- Cancer (voir aussi Tumeurs malignes), 103
- Carcinomatose, 108
- Carcinome, 103, 108
- Cardiopathies, 72
 - ischémiques, 75, 98
 - rhumatismales, 63, 97, 114
- Catégories à trois caractères, 2, 18, 20
 - Blocs, 20
 - index alphabétique, 35
 - présentation statistique, 165
- Catégories avec astérisque (voir aussi Système de la dague et de l'astérisque), 25, 32, 202
- Cause(s) de décès
 - cause initiale, 37
 - notes pour le codage, 66
 - règles de sélection, 40
 - résumé des codes à ne pas utiliser, 94
 - cause première, 39, 40
 - principe général, 42, 44, 54
 - règles de sélection, 42, 54
 - certification. *voir* Certificat médical de la cause de décès
 - cohérence entre le sexe et le diagnostic, 102
 - définition, 37
 - effet de la durée de l'affection, 100
 - enchaînement, 41
 - expression indiquant un diagnostic douteux, 119
 - historique du développement de la CIM, 187
 - interprétation des causes indiquées sur les certificats, 96
 - modification de la cause choisie, 55
 - présentation statistique, 165
 - présomption d'une cause intermédiaire, 96
 - règles de modification, 55
- Causes externes
 - morbidité, 131, 136, 161
 - mortalité, 41, 85, 118
- Causes liées, décès, 56, 60
 - par les numéros de code, 66
 - résumé, 88
- Cécité, 72, 157
- Certificat médical de la cause de décès, 38, 165
 - mortalité périnatale, 120
- Chapitres, 19
- Chorée, 71
- CIM-10
 - but et champ d'application, 1
 - classifications
 - liées au diagnostic, 2, 6
 - non liées au diagnostic, 2, 9
 - comment l'utiliser, 23
 - famille de classifications de maladies et de classifications sanitaires et de classification sanitaires connexes, 2, 4
 - historique du développement, 187
 - préparation, 203
 - rôle de l'OMS, 15
 - structure et principes de base, 17
- Classification des maladies
 - historique, 187
 - liée au diagnostic, 2, 6
 - non liée au diagnostic, 2, 9
 - principes, 16
- Classification internationale des Actes médicaux, (CIAM), 9
- Classification internationale des Handicaps Déficiences, Incapacités et Désavantages, (CIH), 10
- Classification internationale des Maladies ostéo-articulaires (ICMSD), 8
- Classification internationale des Maladies, Oncologie, (CIM-O), 7
- Classification internationale des Maladies, Traumatismes et Causes de Décès, 199
 - dixième révision. *voir* CIM-10

CLASSIFICATION INTERNATIONALE DES MALADIES

huitième révision, 201
neuvième révision, 202
septième révision, 201
Classification,
 par âge, 170, 178
 par régions, 170
Codage
 des affections soupçonnées, 134
 directives de base, 35
 double, 25, 169
Code, 22
Complications postopératoires, 33, 47
 affections de l'oreille et de
 l'apophyse mastoïde, 72
 anomalies endocriniennes et
 métaboliques, 69
 appareil circulatoire, 79
 appareil digestif, 82
 appareil génito-urinaire, 83
 codage, 140
 oeil et ses annexes, 72
 système ostéo-articulaire, 83
 troubles respiratoires, après un acte
 a visée diagnostique ou
 thérapeutique, 81
Conseil des Organisations
 internationales des Sciences
 médicales (CIOMS), 14
conventions, 29
Conventions, 29, 35
Crochets, 30
Cullen, William, 187

D

Décès de cause obstétricale, 179
 directe, 179
 indirecte, 179
Décès néonatal, 171
 critère de notification, 174
 définitions, 171
 statistiques pour des comparaisons
 internationales, 175
 tardif, 173
Déficiences, 10

Définitions, 19, 171, 179
Dermatologie, 7
Désavantages, 10
Descriptions du glossaire, 25
Déshydratation (hypovolémie), 52, 69
D'Espine, Marc, 189
Deux points, 30
Diabète sucré, 97, 154
Diagnostic plus précis, 142, 147
Diagnostics ou symptômes incertains,
 130
Disproportion foeto-pelvienne, 84

E

Effet de la durée de l'affection sur le
 classement, 100
Emphysème, 80
Encephalite virale, séquelles, 101
Enchaînement, cause de décès, 41
Erysipèle, 67
Etat de mal asthmatique, 80
Etats mal définis, 55, 57, 181

F

Farr, William, 16, 17, 188, 189, 195
Femmes, catégories limitées aux, 33
Fractures du crâne et de la face, 86

G

Gouvernement des Etats Unis, United
 States Committee on Joint Causes
 of Death, 193, 197
Graunt, John, 187
Grippe, 99
Grossesse, 84, 159
 extra-utérine, complications, 83,
 158
 molaire, complications, 83, 158
 mortalité liée à la, 179
 rapport, 181
 multiple, 84

INDEX

H

Handicaps, 10
Hémiplégie, 72, 157
Hémophilie, 97
Hommes, catégories limitées aux, 33
Huber, Michel, 192
Hypertension
 essentielle (primitive), 73
 secondaire, 75, 158
Hypovolémie, 52, 69

I

Incapacités, 10
Index alphabétique (volume 3), 23, 34
 conventions, 35
 disposition, 34
 numéros de code, 35
 structure, 34
Infarctus aigu du myocarde, 75
Infections aiguës des voies
 respiratoires supérieures, 79
Informations recueillies dans la
 communauté, 13
Institut international de Statistique,
 190
Insuffisance
 cardiaque, 76
 rénale, 83
International Classification of Causes
 of Sickness and Death, 195
International Coding Index for
 Dermatology, 7
Intoxication
 codage double, 28
 morbidité, 161
 mortalité, 116
 séquelles, 163

L

Lésions traumatiques codage, double,
 28
 intracrâniennes, 86
 morbidité, 161

mortalité, 41, 85, 115
multiples, 161
séquelles, 163
Linné, 187

M

Maladies
 cérébrovasculaires, 77, 98, 158
 de la valvule mitrale, 72
 de l'appareil circulatoire, 158
 aiguës ou terminales, 99
 après un acte à visée
 diagnostiques ou
 thérapeutique, 79
 et tumeurs malignes, 99, 113
 de l'oreille et de l'apophyse
 mastoïde, 158
 du système nerveux, 155
 après un acte à visée
 diagnostiques ou
 thérapeutique, 72
 inflammatoires, 102, 155
 dues au virus de
 l'immunodéficience humaine
 (VIH), codage, 68
 codage des causes de,
 morbidité, 149
 mortalité, 47, 52, 68
 mortalité maternelle, 180
 emboliques, 51
 endocriniennes, 69, 154
 infectieuses et parasitaires
 codage de la cause initiale de
 morbidité, 149
 mortalité, 66, 97
 et tumeurs malignes, 112
 séquelles, 102, 151
 métaboliques, 154
 nutritionnelles, 154
 secondaires, 51
Malformations congénitales/
 déformations, 100, 114, 175
Médicaments, intoxication par des,
 116

CLASSIFICATION INTERNATIONALE DES MALADIES

- Méthodes non conventionnelles, recueil des informations, 13
 - Mise en tableaux
 - morbidité, 19, 168
 - mortalité, 19, 166
 - Mise en tableaux, 6, 19
 - Modification de la cause de décès, règles, 55
 - Morbidité, 128
 - codage de, 132
 - historique de la classification des maladies, 195
 - listes spéciales pour la mise en tableaux
 - modifications selon les besoins nationaux, 169
 - listes spéciales pour la mise en tableaux, 19, 169
 - notes spécifiques à certains chapitres, 149
 - règles pour un nouveau choix de l'affection principale, 141
 - renseignements diagnostiques pour l'analyse limitée à une affection unique, 129
 - statistiques, 182
 - Mort
 - d'origine obstétricale, 100
 - maternelle
 - liée à la grossesse, 179
 - tardive, 179
 - maternelle, 179
 - Mortalité (voir aussi Cause(s) de décès)
 - classification par âge, 178
 - directives pour l'établissement de certificats et règles pour le codage des causes, 37
 - foetale
 - critère de notification, 174
 - définition, 172
 - enregistrement, 174
 - statistiques pour comparaisons internationales, 175
 - foetale, 171
 - infantile, 171
 - listes spéciales pour la mise en tableaux, 19, 166
 - choisies, 166
 - emploi de préfixes pour identifier les causes de mortalité, 167
 - établies localement, 168
 - listes condensées, 166
 - maternelle, 84, 100, 179
 - définitions, 179
 - dénominateurs, 180
 - notification internationale, 180
 - publication des taux, 180
 - néonatale, 173, 175, 177
 - périnatale, 120, 171
 - codage des causes de décès, 124
 - critère de notification, 174
 - définitions, 171
 - établissement du certificat, 120
 - formulation des causes de décès, 121
 - présentation des causes, 178
 - règles de codage, 125
 - statistiques pour les comparaisons internationales, 175
- N**
- Naissances
 - enfants vivants, 171
 - enregistrement, 174
 - NCA (non classé ailleurs), 31, 35
 - Neurologie, 8
 - Nightingale, Florence, 195
 - Niveau du cinquième caractère ou du caractère suivant, 21, 166
 - Nomenclature internationale des Causes de décès, 190, 197
 - cinquième révision, 193
 - sixième révision, 198
 - Nomenclature internationale des Maladies, (NIM), 14, 193

INDEX

Notification par du personnel non médical, 13

O

Oedème pulmonaire, 80
Oeil et ses annexes, affection de l', 72, 157
Oncologie, 7
Opération
causes de décès, 103
conséquences, 52
Oreille et apophyse mastoïde, affection après un acte a visée diagnostiques ou thérapeutique, 72
Organisation d'Hygiène de la Société des Nations, 192

P

Paraplégie, 72
Parenthèses, 29, 35
Pédiatrie, 8
Période
néonatale, 173
périnatale, 173
Pneumoconiose, 80
Pneumopathie, 48
Poids de naissance
classement par, 178
extrêmement faible, 172
faible, 172
très faible, 172
Poids de naissance, 172
Poids de naissance, 175
Point tiret, (.—), 32
Population (problème d'une petite population), 182
Précision
cause de décès, 57, 63
codage, morbidité, 130
Présentation statistique, 165, 183
causes mal définies, 181
comparaisons internationales, 175
liste spéciale pour la mise en

tableaux des causes de morbidité, 169
listes spéciales pour la mise en tableaux des causes de mortalité, 166
morbidité, 182
mortalité, foetale, périnatale, néonatale et infantile maternelle, 179
mortalité, foetale, périnatale, néonatale et infantile, 171
niveau de détail des causes, 165
petite population, 182
sources de données, 165
sous-totaux, 182
Principe général, cause de décès, 42, 44
Puerpéralité, 158
Pyélonéphrite, 51

R

Rachitisme, séquelles, 102
Rapport de mortalité, foetale, 176
périnatale, 176
Rapport, mortalité de cause obstétricale, 181
Régions urbaines, 170
Règle, nouveau choix, codage, morbidité, 141
Règlements relatifs à la nomenclature, 19
Règles de modification, causes de décès, 55
Règles de selection, cause de décès, 41
Rein scléreux, 83
Renvois, 35, 36
Résultats cliniques, anormaux, 134, 161
Retard mental, 71
Rhinopharyngite aiguë, 79
Rhumatisme articulaire aigu, 97, 114
Rhumatologie, 8
Roesle, E., 192

CLASSIFICATION INTERNATIONALE DES MALADIES

S

SAI (sans autre indication), 31
Sang et organes hématopoïétiques, maladies, 153
Sauvages (François Bossier de Lacroix), 187
Scoliose, 82
Selection de la cause de décès, règles, 41
Sénilité, 55, 57
Septicémie, 67
Séquelles
 catégories de, 33
 codage,
 morbidité, 132, 138
 mortalité, 57, 65, 101
 de malnutrition, 155
 d'excès d'apport, 155
Service de sante, recours pour des raisons autres que celles de la maladie, 130
Sexe
 catégories limitées a un, 33
 cohérence entre le diagnostic et le, 102
Signes, 161
Soins de sante primaires, 13
Sous-catégories à quatre caractères
 présentation statistique, 165
 utilisation, 24
Sous-catégories à quatre caractères, 2, 18, 21
Stades différents d'une maladie, 57, 64
Stérilité, 83
Stomatologie, 8
Subdivisions supplémentaires, 21
Substances
 biologiques, intoxication par, 116
 psycho-actives, utilisation de, 70
Surdité, 72
Symptômes, 130, 134, 161
Syndrome
 carcinoïde, 155

 néphritique, 83
 paralytique, 72, 157
Systematised nomenclature of medicine (SNOMED), 7
Système de la dague et de l'astérisque
 codage des affections, 133, 169
Système de la dague et de l'astérisque, 25, 32
Système de la dague et de l'astérisque, 202

T

Taille du vertex au talon, 175
Taux de mortalité
 foetale
 corrigé par rapport au poids, 176
 foetale, 176
 infantile
 corrigé par rapport au poids, 177
 infantile, 177
 maternelle, 181
 néonatale, 176, 177
 corrigé par rapport au poids, 176, 177
 périnatale, 176
 corrigé par rapport au poids, 177
Termes
 à exclure, 25
 à inclure, 24
 principaux, 34, 36
Tétraplégie, 72
Trachome, séquelles, 101
Troubles de la conduction, 76
Troubles mentaux et du comportement, 9, 155
 code de mortalité, 70
 description du glossaire, 25
 organiques, 28, 69
Troubles respiratoires, après un acte à visée diagnostique ou thérapeutique, 81
Tuberculose, 67, 101
Tumeurs
 activité fonctionnelle, 28

INDEX

- codage, morbidité, 151
- morphologie, 18, 28
- Tumeurs malignes, 7
 - caractère implicite de malignité, 104
 - codage
 - morbidité, 151
 - mortalité, 47, 97, 103
 - indication du site primitif, 105
 - localisation avec préfixes ou définitions imprécises, 104
 - maladies infectieuses et, 112
 - primitives de siège inconnu, 106
 - siège non précisé, 104, 153
 - sièges multiples, 109
 - indépendants (primitifs), 106, 153

U

- United States committee on joint causes of death, 197
- utilisation, 23, 35
- Utilisation du tabac, 71

V

- «Voir aussi», 35
- «voir», renvois, 35