

Organisation Mondiale de la Santé

Série de Rapports techniques

N° 25

**COMITÉ D'EXPERTS  
DES STATISTIQUES SANITAIRES**

**Rapport sur la deuxième session**

*Genève, 18-21 avril 1950*

	Pages
1. Rapports des sous-comités . . . . .	3
2. Certificat médical et classement des causes de décès . . . . .	6
3. Statistiques de morbidité . . . . .	7
4. Commissions nationales des statistiques démographiques et sanitaires . . . . .	8
Annexe 1. Sous-Comité de la Définition de la Mortinatalité et de l'Avortement: rapport sur la première session . . . . .	9
Annexe 2. Sous-Comité de l'Enregistrement des Cas de Cancer et de leur Présentation statistique: rapport sur la première session . . . . .	19
Annexe 3. Sous-Comité des Statistiques hospitalières: rapport sur la première session . . . . .	33

ORGANISATION MONDIALE DE LA SANTÉ

PALAIS DES NATIONS

GENÈVE

OCTOBRE 1950

## COMITÉ D'EXPERTS DES STATISTIQUES SANITAIRES

### Deuxième session

#### *Membres :*

D<sup>r</sup> D. Curiel, Chef de la Division de l'Epidémiologie et de Statistiques démographiques, Ministère de la Santé et de la Prévoyance sociale, Caracas, Venezuela

D<sup>r</sup> P. F. Denoix, Chef des Services techniques et de la Section du Cancer, Institut national d'Hygiène, Paris, France

D<sup>r</sup> H. L. Dunn, Chief, National Office of Vital Statistics (US Public Health Service), Washington, D.C., Etats-Unis d'Amérique

\*D<sup>r</sup> M. Kacprzak, Professeur d'Hygiène, Directeur de l'Ecole d'Hygiène de l'Etat, Varsovie, Pologne

D<sup>r</sup> P. Stocks, Chief Medical Statistician, General Register Office of England and Wales, Londres, Royaume-Uni (*Président*)

#### *Représentant des Nations Unies :*

Mr F. E. Linder, Chef de la Section de la Population et de la Démographie, Bureau de Statistique, Lake Success, N.Y.

#### *Observateur :*

D<sup>r</sup> M. de Viado, Section de la Sécurité sociale, OIT

#### *Secrétariat :*

D<sup>r</sup> M. Pascua, Directeur adjoint de la Division des Statistiques sanitaires, OMS (*Secrétaire*)

D<sup>r</sup> Marie Cakrtova, Section de la Nomenclature internationale des Maladies et Causes de Décès, OMS

Le rapport sur la deuxième session de ce comité a paru originalement sous forme de document ronéographié (WHO/HS/26), en date du 21 avril 1950.

---

\* Ce membre n'a pas pu prendre part à la session.

## COMITÉ D'EXPERTS DES STATISTIQUES SANITAIRES

### Rapport sur la deuxième session <sup>1</sup>

Le Comité d'experts des Statistiques sanitaires a tenu sa deuxième session à Genève, du 18 au 21 avril 1950.

En l'absence du D<sup>r</sup> Kacprzak, le D<sup>r</sup> P. Stocks a été élu Président du comité pour la session.

#### 1. Rapports des sous-comités

Le Comité d'experts des Statistiques sanitaires a examiné les travaux de ses trois sous-comités :

le Sous-Comité de la Définition de la Mortinatalité et de l'Avortement, qui a tenu sa première session à Paris, du 27 février au 3 mars 1950 ;

le Sous-Comité de l'Enregistrement des Cas de Cancer et de leur Présentation statistique, qui a tenu sa première session à Paris, du 6 au 10 mars 1950 ;

le Sous-Comité des Statistiques hospitalières, qui a tenu sa première session à Genève, du 11 au 14 avril 1950.

Les rapports de ces sous-comités ont été adoptés par le comité, avec quelques amendements secondaires et un certain nombre d'observations, et ils sont joints au présent rapport.<sup>2</sup>

Le comité a adopté la résolution suivante :

Le Comité d'experts des Statistiques sanitaires

RECOMMANDE

1. que ces rapports soient publiés et qu'indépendamment de leur distribution normale, ils soient mis à la disposition des commissions

---

<sup>1</sup> Le Conseil Exécutif, à sa sixième session, a adopté la résolution suivante :

Le Conseil Exécutif

1. PREND ACTE du rapport sur les travaux de la deuxième session du Comité d'experts des Statistiques sanitaires ; et

2. AUTORISE sa publication

(Actes off. Org. mond. Santé, 29)

<sup>2</sup> Voir Annexes 1, 2 et 3, pages 9, 19 et 33.

nationales de statistiques démographiques et sanitaires (ou leurs équivalents), ainsi que d'autres organisations et personnalités qui s'intéressent aux questions dont ils traitent ;

2. que l'Assemblée Mondiale de la Santé adopte les points 1, 2 et 3 du rapport du Sous-Comité de la Définition de la Mortinatalité et de l'Avortement, qui concernent la définition des expressions : « naissance d'enfant vivant » et « mort fœtale », et l'« enregistrement et mise en tableaux statistiques des naissances d'enfants vivants et des décès d'enfants du premier âge », ainsi que le point 1.1 du rapport du Sous-Comité de l'Enregistrement des cas de Cancer et de leur Présentation statistique,<sup>[3]</sup> qui concerne la définition statistique du « cancer » ;

3. que toutes autres recommandations pertinentes contenues dans le rapport de ces trois sous-comités soient présentées par l'OMS aux divers Etats, pour étude et pour application à titre d'expérience, en vue de faciliter l'examen futur auquel seront soumises, sur le plan international, les méthodes proposées, compte tenu de l'expérience acquise par les Etats ;

4. que les problèmes énumérés ci-après soient proposés comme sujets d'études aux commissions nationales de statistiques démographiques et sanitaires (ou leurs équivalents) : <sup>[4]</sup>

1) En ce qui concerne les statistiques des décès d'enfants du premier âge et des morts fœtales (Annexe 1, point 9)

<sup>3</sup> La Troisième Assemblée Mondiale de la Santé a adopté la résolution suivante (WHA3.6) :

La Troisième Assemblée Mondiale de la Santé...

3. ADOPTE, à titre de recommandations, conformément à l'article 23 de la Constitution et à l'article 17 du Règlement n° 1 de l'Organisation Mondiale de la Santé, la définition des expressions « naissance d'enfant vivant » et « mort fœtale » qui figurent aux sections 1 et 2 du rapport du Sous-Comité de la Définition de la Mortinatalité et de l'Avortement, ainsi que les recommandations dudit sous-comité relatives à « l'enregistrement et mise en tableaux statistiques des naissances d'enfants vivants et des décès d'enfants du premier âge » qui font l'objet de la section 3 de son rapport.

4. ADOPTE également à titre de recommandation, aux termes desdites dispositions de la Constitution et du Règlement n° 1, la définition statistique du « cancer » donnée, dans son rapport, par le Sous-Comité de l'Enregistrement des Cas de Cancer et de leur présentation statistique.

5. PRIE le Directeur général de donner à ces définitions la diffusion la plus large possible en vue de leur acceptation générale.

<sup>4</sup> La Troisième Assemblée Mondiale de la Santé a adopté la résolution suivante (WHA3.6) :

La Troisième Assemblée Mondiale de la Santé...

6. DÉCIDE de soumettre aux divers Etats, pour étude et pour application d'expérience, toutes autres recommandations pertinentes contenues dans le rapport de ces trois sous-comités et de proposer aux commissions nationales de statistiques démographiques et sanitaires (ou leur équivalent) d'étudier les questions mentionnées dans ce rapport, (section 1, paragraphes 3 et 4 de la résolution).

- a) études spéciales sur les naissances d'enfants vivants et les morts fœtales par rapport à divers facteurs (durée de la gestation, poids à la naissance, naissance simple ou naissance multiple, etc.), en vue de fonder sur une base statistique une définition satisfaisante de la débilité ;
  - b) classification des morts fœtales, lorsque la déclaration de décès mentionne plusieurs causes ;
  - c) importance des pertes fœtales aux différentes époques de la grossesse ;
  - d) meilleure utilisation des relevés provenant des maternités et hôpitaux pour enfants, en vue de recherches médico-statistiques sur les causes de mortalité fœtale et infantile.
- 2) En ce qui concerne les statistiques du cancer (Annexe 2)
- a) réunion de renseignements relatifs aux difficultés que soulève l'emploi du *Manuel de Classement statistique international des Maladies, Traumatismes et Causes de Décès*<sup>[5]</sup> pour la classification des tumeurs — présentation de suggestions précises à ce sujet (point 1.2) ;
  - b) étude de la question de l'exactitude des diagnostics portés sur les certificats de décès en ce qui concerne particulièrement le cancer (point 1.4) ;
  - c) étude de la mortalité due au cancer de différentes localisations, selon la situation géographique et les facteurs sociaux et ambiants (point 1.5) ;
  - d) définition de la localisation anatomique et du stade de développement de la tumeur (point 2.2).
- 3) En ce qui concerne les statistiques hospitalières (Annexe 3)
- a) adaptation du Classement statistique international, de manière qu'il puisse servir à l'indexage des dossiers médicaux par diagnostic (point 5 c) ;
  - b) réunion de renseignements sur les définitions actuellement utilisées en matière de statistiques hospitalières, pour l'évaluation des résultats constatés par les hôpitaux d'après les diagnostics (par exemple, définitions des termes ou expressions suivants : hôpital, lit d'hôpital, malade hospitalisé, malade non hospitalisé, admission, départ, jour de malade, etc. (point 4) ;
  - c) étude des méthodes qui permettraient d'obvier au fait que les statistiques hospitalières, par suite de leur caractère sélectif, ne sont pas représentatives de la collectivité d'où proviennent les

<sup>5</sup> *Bull. Org. mond. Santé, Suppl. I, 1948-1949, 2 vol.*

malades des hôpitaux (enquêtes portant sur les familles, prise en considération de tous les bénéficiaires de soins médicaux, etc.)<sup>6</sup>

*d*) étude de la morbidité relative aux malades admis à plusieurs reprises à l'hôpital (point 5 *f*);

*e*) réunion de statistiques des troubles mentaux qui entraînent l'admission des malades dans des institutions spécialisées, compte tenu des divers facteurs mesurables d'ordre étiologique — réunion de statistiques sur les résultats de l'hospitalisation (point 5 *a*);

*f*) réunion de statistiques des tuberculeux admis dans des sanatoriums et autres établissements pour tuberculeux, compte tenu des divers facteurs mesurables qui exercent une influence sur le nombre de lits nécessaires (point 5 *b*);

*g*) réunion de statistiques concernant les admissions dans les services obstétricaux et indiquant l'utilisation des lits d'hôpitaux et des services de consultations externes et soins à domicile en cas d'accouchement (point 5 *d*);

*h*) mise au point d'une classification statistique des opérations et des méthodes d'anesthésie (point 5 *e*).

5. que le Sous-Comité des Statistiques de l'Enregistrement des cas de Cancer et de leur Présentation statistique et le Sous-Comité des Statistiques hospitalières tiennent, l'un et l'autre, une deuxième session, pour examiner les points de leur programme qui n'ont pas encore été étudiés et qu'ils utilisent à cet effet, dans toute la mesure possible, les renseignements que les diverses commissions nationales auront réunis sur les problèmes soumis à leur attention en matière de statistique hospitalière et d'enregistrement des cas de cancer.

## 2. Certificat médical et classement des causes de décès

Après avoir examiné la situation actuelle du point de vue des certificats médicaux, ainsi que les difficultés inhérentes à l'introduction du Classement statistique international des Maladies, Traumatismes et Causes de Décès (Sixième révision) dans la pratique des divers pays, le comité confirme la position qu'il a prise lors de sa première session tenue à Genève, du 23 au 28 mai 1949,<sup>7</sup> et il insiste pour que l'activité décrite dans la recommandation pertinente soit considérée comme une tâche essentielle

<sup>6</sup> On trouvera d'autres observations faites par le Comité d'experts des Statistiques sanitaires à la note 5 de l'Annexe 3, page 35.

<sup>7</sup> *Org. mond. Santé : Sér. Rapp. techn.* 1950, 5, 5

et permanente de l'OMS ; cette tâche ne doit pas consister simplement dans la publication, à une date aussi rapprochée qu'il est possible, du *Manuel de Classement statistique international des Maladies, Traumatismes et Causes de Décès* en anglais, en français et en espagnol, mais elle doit également comprendre des mesures destinées à favoriser l'utilisation du classement par les pays.

Le comité a adopté les résolutions suivantes :

I. Le Comité d'experts des Statistiques sanitaires

RECOMMANDE vivement que soit mise rapidement à effet la résolution adoptée par la Deuxième Assemblée Mondiale de la Santé au sujet de l'établissement d'un service central chargé d'examiner les problèmes que pose l'application du Classement statistique international.<sup>[8]</sup> Ce service devrait s'intégrer dans les activités normales et continues de l'OMS et constituer également un mécanisme permettant de réunir et d'enregistrer les constatations et les suggestions utiles intéressant les révisions ultérieures du classement.

II. Le Comité d'experts des Statistiques sanitaires

1. RECOMMANDE qu'en s'inspirant des mesures prises dans certains pays, l'OMS favorise les dispositions tendant à apprendre aux médecins à utiliser convenablement la formule internationale de certificat médical de la cause de décès et à cet effet *a)* établisse et distribue des brochures et des manuels, *b)* mette au point des programmes et une documentation destinés à l'enseignement des médecins et des étudiants en médecine ;

2. ENCOURAGE activement l'utilisation du Classement statistique international par les pays *a)* en établissant une documentation descriptive et des manuels d'instruction, *b)* en favorisant et en instituant, dans le cadre du programme d'enseignement et de formation de l'OMS des cours de formation destinés aux chiffreurs (« coders ») chargés des statistiques de morbidité et de mortalité.

### 3. Statistiques de morbidité

Le comité a adopté la résolution suivante :

Le Comité d'experts des Statistiques sanitaires

Considérant l'ampleur et la complexité des opérations statistiques relatives à la morbidité,

RECOMMANDE que la prochaine session du Comité d'experts des Statistiques sanitaires soit convoquée au début de 1951 et que des

<sup>8</sup> *Actes off. Org. mond. Santé*, 21, 28 (Résolution WHA2.38)

membres cooptés compétents soient invités à y assister pour étudier la question des statistiques de morbidité, l'objet de cette session étant de permettre l'orientation, l'appréciation et le choix des projets qui exigent une action internationale dans ce domaine. En vue de cette session, l'OMS est priée de demander aux commissions nationales de statistiques démographiques et sanitaires et aux autres institutions nationales et internationales compétentes de fournir un rapport sur leurs activités actuelles et leurs activités projetées en matière de statistiques de morbidité, ainsi que de présenter leurs points de vue sur l'action que l'OMS et d'autres organisations internationales devraient entreprendre pour développer et améliorer les statistiques de morbidité.

#### 4. Commissions nationales des statistiques démographiques et sanitaires

Le comité a adopté les résolutions suivantes :

##### I. Le Comité d'experts des Statistiques sanitaires

Considérant que, en application de la recommandation adoptée par le Comité d'experts des Statistiques sanitaires, lors de sa première session tenue à Genève,<sup>9</sup> plusieurs pays ont maintenant organisé des commissions nationales des statistiques démographiques et sanitaires,

RECOMMANDE vivement que soit rapidement mise à effet la résolution adoptée par la Deuxième Assemblée Mondiale de la Santé au sujet de l'établissement d'un organisme central chargé de maintenir la liaison avec les commissions nationales (ou leurs équivalents nationaux).<sup>10</sup>

##### II. Le Comité d'experts des Statistiques sanitaires

RECOMMANDE en outre que l'OMS prenne des mesures pour que soit convoquée une conférence internationale des représentants des commissions nationales, lesquels seraient envoyés aux frais de leurs gouvernements respectifs ; cette conférence se réunissant au début de 1952.

<sup>9</sup> *Org. mond. Santé : Sér. Rapp. techn.* 1950, 5, 3

<sup>10</sup> *Actes off. Org. mond. Santé*, 21, 28 (Résolution WHA2.38)

**Annexe 1**

**SOUS-COMITÉ DE LA DÉFINITION DE LA MORTINATALITÉ  
ET DE L'AVORTEMENT**

**Rapport sur la première session**

*Paris, 27 février - 3 mars 1950*

	Pages
1. Naissance d'enfant vivant (« live birth ») et enfant né vivant (« live born ») . . . . .	11
2. Mort fœtale . . . . .	12
3. Enregistrement et mise en tableaux statistiques des naissances d'enfants vivants et des décès d'enfants du premier âge . . . . .	12
4. Etablissement de tableaux statistiques des naissances d'enfants vivants et des morts fœtales . . . . .	13
5. Enregistrement des morts fœtales . . . . .	15
6. Amélioration de la déclaration des naissances d'enfants vivants et des morts fœtales . . . . .	15
7. Certificats de morts fœtales . . . . .	15
8. Taux de mortalité fœtale . . . . .	16
9. Résolutions . . . . .	17

**SOUS-COMITÉ DE LA DÉFINITION DE LA MORTINATALITÉ  
ET DE L'AVORTEMENT**

**Première session**

**Membres :**

D<sup>r</sup> D. Baird, Regius Professor of Midwifery, University of Aberdeen,  
Royaume-Uni (*Président*)

D<sup>r</sup> M. A. van Bouwdijk Bastiaanse, Professeur d'Obstétrique et de Gynécologie à l'Université d'Amsterdam, Pays-Bas

D<sup>r</sup> E. F. Daily, Director, Division of Health Services, US Children's Bureau,  
Social Security Administration, Washington, D.C., Etats-Unis d'Amérique (*Rapporteur*)

D<sup>r</sup> L. Dérobert, Professeur agrégé à la Faculté de Médecine de l'Université de Paris, France

Mr F. Fraser Harris, Directeur de la Division de la Santé et du Bien-Etre social, Bureau fédéral de la Statistique, Ottawa, Canada

**Membre du Comité d'experts des Statistiques sanitaires de l'OMS :**

D<sup>r</sup> P. Stocks, Chief Medical Statistician, General Register Office of England and Wales, Londres, Royaume-Uni

**Secrétaire :**

D<sup>r</sup> M. Pascua, Directeur adjoint de la Division des Statistiques sanitaires, OMS

Le rapport sur la première session de ce sous-comité a paru originalement sous forme de documents ronéographiés : WHO/HS/STDEF/9, en date du 14 mars 1950, et WHO/HS/STDEF/9 Rev. 1, en date du 21 avril 1950.

## SOUS-COMITÉ DE LA DÉFINITION DE LA MORTINATALITÉ ET DE L'AVORTEMENT

### Rapport sur la première session

Le Sous-Comité de la Définition de la Mortinatalité et de l'Avortement institué par le Comité d'experts des Statistiques sanitaires a été créé par une décision du Conseil Exécutif à sa quatrième session,<sup>1</sup> conformément à une demande de la Deuxième Assemblée Mondiale de la Santé.<sup>2</sup>

Le sous-comité a tenu sa première session à Paris, du 27 février au 3 mars 1950.

Le sous-comité a longuement examiné la situation due à la diversité des définitions employées par les pays en ce qui concerne les naissances d'enfants vivants et les morts fœtales (avortements et naissances d'enfants morts); cette situation rend extrêmement difficile la comparaison internationale des données démographiques. Le sous-comité a reconnu toute l'importance que présente l'établissement de normes uniformes en cette matière: si elles étaient largement acceptées et observées, de telles normes pourraient améliorer considérablement la valeur et la comparabilité des statistiques démographiques dans le monde.

La question de la prématurité (débilité) soulève des difficultés sérieuses dues à l'absence des renseignements nationaux de base (poids, taille et autres caractéristiques de l'enfant né avant terme, par rapport aux périodes de gestation) indispensables pour l'établissement d'une définition de la débilité (prématurité) qui soit susceptible d'être largement adoptée.

Après avoir étudié les divers aspects de ces problèmes, le sous-comité a décidé de présenter au Comité d'experts des Statistiques sanitaires les recommandations et les points de vue suivants.

#### 1. Naissance d'enfant vivant («live birth») et enfant né vivant («live born»)

Le sous-comité a estimé qu'il devait examiner tout d'abord la définition de l'expression «live birth». En effet, la définition de ces termes ou de leur équivalent n'est pas uniforme dans tous les pays et ce manque d'uniformité empêche les statistiques qui se rapportent directement ou indirectement aux naissances d'enfants vivants d'être comparables entre elles. Comme la langue française ne possède pas de mot qui corresponde à

<sup>1</sup> *Actes off. Org. mond. Santé*, 22, 3

<sup>2</sup> *Actes off. Org. mond. Santé*, 21, 28 (Résolution WHA2.38)

l'anglais « live birth », la définition a été établie de façon à pouvoir s'appliquer à la fois aux expressions « live birth » et « live born » (enfant né vivant).

La définition suivante, qui utilise l'expression « naissance d'enfant vivant » comme équivalent de « live birth », est soumise à l'examen du Comité d'experts des Statistiques sanitaires, en vue de son adoption par l'Assemblée Mondiale de la Santé :

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 ».

## 2. Mort fœtale

Le sous-comité a discuté les diverses définitions courantes de la mortalité en vigueur dans différentes parties du monde, les difficultés précédemment rencontrées lorsqu'une définition internationale de ce terme a été proposée, et enfin le besoin de données sur le total de pertes fœtales — renseignements qu'aucune des définitions usuelles de la mortalité ne permettrait d'obtenir. Le sous-comité a conclu qu'il convenait de définir l'expression « mort fœtale » plutôt que le terme « mortalité », et que la définition de la mort fœtale devrait — mutatis mutandis — être calquée sur celle de la naissance d'un enfant vivant.

La définition suivante est soumise à l'examen du Comité d'experts des Statistiques sanitaires, en vue de son adoption par l'Assemblée Mondiale de la Santé :

On entend par « mort fœtale » 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.

## 3. Enregistrement et mise en tableaux statistiques des naissances d'enfants vivants et des décès d'enfants du premier âge

Tous les enfants nés vivants devraient être enregistrés et comptés comme tels, quelle que soit la durée de la gestation, et ceux d'entre eux qui décèdent

à n'importe quel moment après la naissance devraient également être enregistrés et comptés comme décédés.

#### 4. Etablissement de tableaux statistiques des naissances d'enfants vivants et des morts fœtales

Le sous-comité a estimé qu'il était désirable d'établir, autant que possible, des tableaux statistiques des naissances d'enfants vivants, d'une part, et des morts fœtales, d'autre part, pour des périodes de gestation comparables; il a également jugé qu'il serait fort avantageux que les périodes couvertes par les relevés fussent les mêmes pour toutes les naissances d'enfants vivants et toutes les morts fœtales.

Les durées de gestation, en nombre de semaines, à comprendre dans les tableaux dont l'établissement est recommandé ont été choisies après une étude des données courantes sur les morts fœtales et les naissances d'enfants vivants, dans divers pays. Les tableaux statistiques indiquent ordinairement les morts fœtales soit après la 20<sup>e</sup> semaine, soit après la 28<sup>e</sup> semaine de la gestation. Il a été noté qu'il est très rare de voir des enfants signalés comme nés vivants avant la 20<sup>e</sup> semaine: à la 28<sup>e</sup> semaine il survient, en Angleterre, environ trois fois plus de naissances d'enfants vivants que de morts fœtales et, d'après cette constatation, il apparaît que cette époque est celle vers laquelle l'enfant né vivant commence à avoir une chance de survivre. Du point de vue clinique, le sous-comité a estimé que l'on pourrait raisonnablement adopter la 20<sup>e</sup> et la 28<sup>e</sup> semaines comme points de partage, car les conditions cliniques qui influent sur la naissance de l'enfant vivant et sur la mort fœtale se modifient notablement aux environs de ces dates.

Le sous-comité présente les recommandations ci-après:

a) L'établissement, par tous les pays, de tableaux statistiques portant sur toutes les naissances d'enfants vivants, quelle que soit la durée de la gestation, et comprenant au moins les groupes suivants:

Moins de 20 semaines complètes de gestation	<i>Groupe I</i>
20 semaines complètes de gestation mais moins de 28 semaines. . . . .	<i>Groupe II</i>
28 semaines complètes de gestation et au-delà	<i>Groupe III</i>
Durée de gestation ne pouvant être classée dans les groupes I, II et III . . . . .	<i>Groupe IV</i>

(La durée de gestation se compte à partir du début de la dernière menstruation).

b) L'établissement de tableaux statistiques de toutes les morts fœtales; un objectif souhaitable qu'il y aurait lieu d'atteindre le plus rapidement possible.

c) Tous les pays devraient au moins procéder à l'enregistrement et à l'établissement de tableaux statistiques de toutes les morts fœtales survenues après la 28<sup>e</sup> semaine complète de gestation.

d) Les tableaux statistiques des morts fœtales devraient comprendre les groupes suivants :

Moins de 20 semaines complètes de gestation	<i>Groupe I</i>
20 semaines complètes de gestation mais moins de 28 semaines. . . . .	<i>Groupe II</i>
28 semaines complètes de gestation et au-delà	<i>Groupe III</i>
Durée de gestation ne pouvant être classée dans les groupes I, II et III . . . . .	<i>Groupe IV</i>

(La durée de la gestation se compte à partir du début de la dernière menstruation)

Les morts fœtales du groupe I pourraient également être désignées par l'expression « morts fœtales précoces ».

Les morts fœtales du groupe II pourraient également être désignées par l'expression « morts fœtales intermédiaires ».

Les morts fœtales du groupe III pourraient également être désignées par l'expression « morts fœtales tardives ».

e) Aux fins des statistiques internationales, les naissances d'enfants vivants et les morts fœtales devraient être classées selon les groupes I, II, III et IV définis ci-dessus.

f) Le terme « avortement », appliqué à un produit de conception, et le terme « mortinatalité » ne devraient être conservés que si leur emploi est indispensable pour les besoins internes d'un pays. Le sous-comité n'a pas tenté de définir le terme « avortement ».

g) Le terme « mortinatalité », lorsqu'il est utilisé dans les statistiques d'un pays quelconque, devrait référer au groupe III (morts fœtales tardives).

Il a été admis que le terme « mortinatalité » continuerait nécessairement à être utilisé par de nombreux pays pendant quelque temps encore.

h) La publication de statistiques des morts fœtales, parallèlement aux données sur la mortalité néo-natale, devrait être encouragée en vue de faciliter les études comparatives.

### **5. Enregistrement des morts fœtales**

Pour l'enregistrement d'une mort fœtale, on ne devrait pas exiger à la fois un certificat de naissance et un certificat de décès ; un simple certificat de mort fœtale devrait suffire.

### **6. Amélioration de la déclaration des naissances d'enfants vivants et des morts fœtales**

Les mesures suivantes sont considérées nécessaires pour encourager la déclaration de toutes les naissances d'enfants vivants et de toutes les morts fœtales :

a) Exposer aux médecins, aux sages-femmes et aux fonctionnaires de l'état-civil toute l'importance de l'enregistrement des morts fœtales et des naissances d'enfants vivants, et rechercher la collaboration de ces personnes.

b) Modifier, suivant les principes énoncés sous 3, les lois et les règlements sur l'enregistrement des naissances d'enfants vivants, dans les pays où il ne peut avoir lieu que si l'enfant est vivant au moment de cet enregistrement.

### **7. Certificats de mort fœtale**

Le sous-comité a estimé que l'expérience acquise n'est pas encore suffisante pour que l'on puisse déterminer quelle est la meilleure forme à donner aux certificats de mort fœtale ; il a également jugé que la normalisation prématurée de ces certificats risquerait de contrecarrer, en fin de compte, plutôt que de favoriser l'établissement de bonnes statistiques.

Le sous-comité a recommandé que les tableaux statistiques tiennent compte de toutes les causes mentionnées dans les certificats afin de faciliter l'établissement ultérieur d'un modèle international de certificat de mort fœtale.

a) Les certificats de mort fœtale devraient toujours comprendre au moins les données suivantes :

i) cause de la mort fœtale

ii) nombre de semaines de gestation

b) Les pays ou les Etats qui peuvent se procurer des données supplémentaires sur les morts fœtales soit au moyen du certificat d'enregistrement,

soit par l'intermédiaire d'une étude spéciale, devraient inviter les médecins à fournir les renseignements suivants et devraient les analyser :

<p>A. <i>Circonstances qui, à votre avis, peuvent avoir contribué à la mort du fœtus</i></p> <p>1. Etat de santé général de la mère .....</p> <p>2. Conditions de la grossesse et de l'accouchement .....</p> <p>3. Etat du fœtus, du placenta et du cordon ombilical .....</p> <p>B. <i>Autopsie du fœtus : A-t-elle été exécutée? (Oui ou non) .....</i></p> <p>Particularités révélées par l'autopsie .....</p> <p>C. <i>Cause de la mort fœtale selon votre avis? .....</i></p> <p>D. <i>Données supplémentaires</i></p> <p>1. Durée de la grossesse (en semaines) .....</p> <p>2. Poids à la naissance .....</p> <p>3. Moment auquel la mort est survenue :</p> <p style="padding-left: 40px;">Avant l'accouchement : (oui ou non) .....</p> <p style="padding-left: 40px;">Pendant l'accouchement : (oui ou non) .....</p> <p style="padding-left: 40px;">Incertain .....</p> <p>4. a) Accouchement normal : oui ou non .....</p> <p style="padding-left: 40px;">b) Mode de l'accouchement : avec manœuvres sans instruments, avec instruments, ou avec autres interventions opératoires .....</p> <p style="text-align: center;">.....</p> <p style="text-align: center;">(Veuillez donner des détails)</p>
--

### 8. Taux de mortalité fœtale

Comme la déclaration et l'enregistrement des morts fœtales seront incomplets à des degrés divers dans les différents pays, et que le nombre total des grossesses ne pourra être qu'approximativement estimé, il semblerait recommandable de calculer les « taux de mortalité fœtale » aux fins de comparaison internationale, en utilisant comme dénominateur le nombre des naissances d'enfants vivants plutôt que l'estimation totale du nombre de grossesses ou le nombre total de naissances. Le calcul de ces taux n'exclurait pas l'établissement d'autres taux pour des fins particulières.

## 9. Résolutions

### *Résolution N° 1 : Débilité*

Le sous-comité recommande au Comité d'experts des Statistiques sanitaires d'insister auprès des commissions nationales de statistiques démographiques et sanitaires pour qu'ils encouragent des études spéciales sur les naissances d'enfants vivants et les morts fœtales ; ces études fourniraient les données qui permettraient d'aboutir à une définition satisfaisante de la débilité. De telles études spéciales seraient évidemment effectuées soit dans des régions choisies, soit au moyen de techniques de sondage susceptibles de leur conférer une valeur suffisamment caractéristique.

Le sous-comité recommande que ces études portent au moins sur les relations existant entre les facteurs suivants :

- a) durée de la gestation (comptée du début de la dernière menstruation jusqu'à la fin de la dernière semaine complète) ;
- b) poids à la naissance (par groupe de poids comportant un écart d'au moins 250 g., par exemple : de 250 à 500 g., de 500 à 750 g., de 750 à 1.000 g.,... de 3.000 à 3.250 g., etc.) ;
- c) naissance simple ou naissance multiple ;
- d) première grossesse ou non ;
- e) sexe ;
- f) race ;
- g) âge et taille de la mère ;
- h) données d'ordre social (par exemple, métier du père ou du chef de famille, légitimité) ;
- i) si l'enfant est décédé dans un délai d'un mois, nombre de jours qui se sont écoulés entre la naissance et le décès.

L'influence de maladies épidémiques et autres sur la fréquence des accouchements prématurés devrait également être étudiée.

### *Résolution N° 2*

Les morts fœtales survenant à toutes les périodes de la gestation sont considérées comme un problème de santé publique d'une grande importance, qui devrait retenir particulièrement l'attention de tous les pays du monde. Le sous-comité recommande au Comité d'experts des Statistiques sanitaires d'inviter les différentes commissions nationales de statistiques démographiques et sanitaires à étudier :

- a) une classification appropriée des morts fœtales, lorsque la déclaration de décès mentionne plusieurs causes ;

*b)* l'importance des pertes fœtales aux différentes époques de la grossesse ;

*c)* une meilleure utilisation des relevés provenant des maternités et des hôpitaux pour enfants, en vue de recherches médico-statistiques sur les causes des morts fœtales et sur celles des décès d'enfants du premier âge.

**Annexe 2**

**SOUS-COMITÉ DE L'ENREGISTREMENT DES CAS  
DE CANCER ET DE LEUR PRÉSENTATION STATISTIQUE**

**Rapport sur la première session**

*Paris, 6-10 mars 1950*

	Pages
1. Statistiques de mortalité . . . . .	21
2. Statistiques de morbidité et enregistrement des cas de cancer	24
3. Statistiques des résultats thérapeutiques . . . . .	26
4. <i>Exposés annuels sur les résultats de la radiothérapie du cancer du col de l'utérus . . . . .</i>	<i>30</i>

**SOUS-COMITÉ DE L'ENREGISTREMENT DES CAS  
DE CANCER ET DE LEUR PRÉSENTATION STATISTIQUE**

**Première session**

*Membres :*

D<sup>r</sup> J. Clemmesen, Chef du Service d'Enregistrement du Cancer, Copenhague, Danemark (*Président*)

D<sup>r</sup> H. F. Dorn, Biometrics Section, National Cancer Institute, National Institutes of Health (US Public Health Service), Washington, D.C., États-Unis d'Amérique (*Rapporteur*)

*Membres du Comité d'experts des Statistiques sanitaires, de l'OMS :*

D<sup>r</sup> P. F. Denoix, Chef des Services techniques et de la Section du Cancer, Institut national d'Hygiène, Paris, France

D<sup>r</sup> P. Stocks, Chief Medical Statistician, General Register Office of England and Wales, Londres, Royaume-Uni

*Expert-Conseil :*

D<sup>r</sup> J. Heyman, Editeur de l'*Exposé annuel sur les résultats de la radiothérapie du cancer du col de l'utérus*, Stockholm, Suède

*Secrétaire :*

D<sup>r</sup> M. Pascua, Directeur adjoint de la Division des Statistiques sanitaires, OMS

Le rapport sur la première session de ce sous-comité a paru originalement sous forme de documents ronéographiés : WHO/HS/CANC/12, en date du 10 mars 1950, et WHO/HS/CANC/12 Rev. 1, en date du 21 avril 1950.

## SOUS-COMITÉ DE L'ENREGISTREMENT DES CAS DE CANCER ET DE LEUR PRÉSENTATION STATISTIQUE

### Rapport sur la première session

Le Sous-Comité de l'Enregistrement des cas de Cancer et de leur Présentation statistique a été créé conformément à la résolution adoptée par le Conseil Exécutif à sa quatrième session,<sup>1</sup> afin de donner effet à la décision de la Deuxième Assemblée Mondiale de la Santé.<sup>2</sup>

Le sous-comité a tenu sa première session à Paris, du 6 au 10 mars 1950.

Le sous-comité a discuté l'ordre du jour provisoire et a convenu d'examiner les problèmes statistiques que pose l'étude du cancer, en les groupant sous les rubriques suivantes et en les abordant dans l'ordre ainsi indiqué :

- 1) Statistiques de mortalité
- 2) Statistiques de morbidité et enregistrement des cas de cancer
- 3) Statistiques des résultats thérapeutiques, et
- 4) *Exposés annuels sur les résultats de la radiothérapie du cancer du col de l'utérus.*

### 1. Statistiques de mortalité

#### 1.1 Définition statistique du « cancer »

Il a été souligné que l'accord général n'est pas réalisé sur la définition statistique du « cancer » par rapport aux catégories figurant dans le *Manuel de Classement statistique international des Maladies, Traumatismes et Causes de Décès*.<sup>3</sup> Dans les éditions précédentes des Nomenclatures internationales des maladies et causes de décès, la maladie de Hodgkin, la leucémie et l'aleucémie, le mycosis fongoïde (respectivement classés sous les numéros 201, 204 et 205 de la révision de 1948), ainsi que d'autres maladies de faible importance numérique figurant maintenant sous les numéros de code 200-205, n'étaient pas considérés comme des affections cancéreuses. Afin de faire disparaître toute incertitude sur la définition statistique du cancer sans porter atteinte à la comparabilité des statistiques futures avec les statistiques antérieures, le sous-comité recommande :

a) que le total des décès dus au cancer soit établi sur la base des numéros de code 140-205 du Classement statistique international (1948) :

<sup>1</sup> *Actes off. Org. mond. Santé*, 22, 4

<sup>2</sup> *Actes off. Org. mond. Santé*, 21, 28 (Résolution WHA2.38)

<sup>3</sup> Voir *Bull. Org. Mond. Santé, Suppl. 1*, 1948, 1

b) que l'on indique également, en vue de permettre la comparaison avec les statistiques antérieures, les sous-groupes suivants :

- i) Cancer, non compris la maladie de Hodgkin, la leucémie et l'aleucémie — Nos 140-205, à l'exception des numéros 201 et 204;
- ii) Maladie de Hodgkin — N° 201 ;
- iii) Leucémie et aleucémie — N° 204.

### 1.2 *Difficultés que soulève l'emploi du chapitre II — Tumeurs — du Classement statistique international. (1948)*

Plusieurs membres du sous-comité ont fait observer que, d'après leur expérience, l'emploi du chapitre II — Tumeurs — du Classement statistique international (1948) a posé certains problèmes. Il y a lieu de citer, notamment : a) l'insuffisance de détails pour certaines localisations ; b) l'inclusion de localisations secondaires dans les mêmes sous-sections que les localisations principales ; c) la difficulté de présenter les données statistiques, lorsque le cancer est mentionné sur les certificats de décès en même temps que d'autres causes ; enfin d) un certain manque de précision dans les définitions des diverses localisations, dû au fait que la classification des tumeurs repose à la fois sur des localisations anatomiques et des caractéristiques histologiques.

Au cours de l'examen des problèmes indiqués ci-dessus, ainsi que d'autres questions, il a été souligné qu'il y aurait lieu de recueillir des renseignements sur les constatations faites par d'autres usagers du Classement statistique international. Le sous-comité recommande donc :

que des mesures soient prises en vue de recueillir, par l'intermédiaire des diverses commissions nationales de statistiques démographiques et sanitaires ou d'autres organismes compétents, d'une part, des renseignements concernant les difficultés que soulève l'emploi du chapitre consacré aux tumeurs dans le Classement statistique international, 1948, et, d'autre part, des suggestions précises tendant à remédier à ces difficultés, et il recommande que les renseignements recueillis lui soient renvoyés, afin qu'il les étudie et formule des recommandations.

### 1.3 *Mise en tableaux des causes multiples de décès*

Le sous-comité a examiné s'il y avait lieu de présenter des tableaux annuels des causes multiples de décès, en particulier lorsque le cancer figure parmi les causes mentionnées sur les certificats. Bien que l'accord général soit réalisé sur ce point, le sous-comité a pensé que de nombreux pays considéreraient comme trop onéreux d'avoir à dresser annuellement ces tableaux. Il a néanmoins estimé qu'il conviendrait d'encourager les pays qui en ont la possibilité à présenter, fréquemment, sous cette forme, les causes multiples de décès, en se conformant au formulaire proposé dans

le *Manuel de Classement statistique international des Maladies, Traumatismes et Causes de Décès*. Ces tableaux pourraient être établis à l'aide d'échantillonnages représentatifs de tous les décès. Le sous-comité recommande :

que les pays soient encouragés à établir annuellement ou aussi fréquemment que possible des tableaux indiquant les causes multiples de décès.

#### 1.4 *Exactitude des diagnostics portés sur les certificats de décès*

Le sous-comité a souligné combien il est important de poursuivre des efforts continus en vue d'évaluer et d'améliorer l'exactitude des diagnostics portés sur les certificats de décès, particulièrement en ce qui concerne le cancer, et il a estimé que, au cours des dernières années, on a trop peu examiné la valeur à accorder aux diagnostics mentionnés dans les certificats de décès. Le Classement statistique international perd beaucoup de sa valeur si l'on ne peut se fier aux diagnostics indiqués par des numéros de code. Le sous-comité recommande donc :

que les commissions nationales et autres organismes compétents soient instamment invités à étudier la question de l'exactitude des diagnostics portés sur les certificats de décès pour ce qui concerne particulièrement le cancer, en comparant ces diagnostics avec les constatations faites à l'autopsie et avec d'autres informations pertinentes.

#### 1.5 *Etudes relatives aux variations d'ordre géographique*

Le sous-comité a procédé à l'examen d'études effectuées, en Angleterre et au Pays de Galles, sur la différence enregistrée selon les zones géographiques dans la mortalité due au cancer, pour une localisation déterminée. Le sous-comité a reconnu que de telles études pourraient fort bien révéler, dans la mortalité due au cancer, d'importantes différences, sur lesquelles on pourrait se fonder pour entreprendre des recherches intéressantes les facteurs étiologiques. Préalablement à ces études, il conviendrait de procéder aux corrections nécessaires pour tenir compte des différences dans la composition par âge des diverses populations. De même, si l'on étudie les populations rurales et les populations urbaines, il faut prévoir les ajustements qui s'imposent pour les cas de décès de non-résidents. Le sous-comité recommande :

que les commissions nationales de statistiques démographiques et sanitaires et autres organismes compétents soient incités à encourager des études relatives aux variations de la mortalité par cancer, pour une localisation déterminée, qui se manifestent selon la situation géographique, compte tenu, notamment, de la variation correspondante des facteurs sociaux et du milieu. Le sous-comité recommande que, si les études portent

sur la différence entre des zones urbaines et des zones rurales, on définit clairement les mots « rurales » et « urbaines » et que l'on indique avec netteté les ajustements apportés aux données pour tenir compte des cas de non-résidents. Comme base pour ces études, il conviendrait de présenter, sous forme de tableau, les statistiques de mortalité par cancer correspondant à toute une série d'années, en indiquant, par Etats, provinces, régions, comtés ou autres subdivisions territoriales du pays, le nombre de décès pour chacune au moins des localisations indiquées dans la Liste intermédiaire de Classement statistique international (1948) et en se conformant à l'Article 6 b) du Règlement N° 1 de l'OMS.

## 2. Statistiques de morbidité et enregistrement des cas de cancer

### 2.1 Méthodes

Le sous-comité a examiné la documentation relative à certains projets actuels qui se rapportent à l'étude de la morbidité cancéreuse et à l'établissement de systèmes d'enregistrement des cas de cancer dans divers pays. Il a été décidé de ne pas recommander que la législation rende obligatoire la déclaration des cas de cancer.

Le sous-comité a pris note des progrès que les divers projets déjà mis en application ont permis de réaliser en ce qui concerne : a) l'enregistrement et la surveillance ultérieure des cas de cancer dans les établissements hospitaliers ou analogues, en Angleterre, au Canada, en France et dans d'autres pays ; b) la détermination de la morbidité cancéreuse totale dans des villes et des comtés spécialement choisis des Etats-Unis d'Amérique, et c) les efforts tentés en vue d'atteindre simultanément ces deux objectifs au Danemark, en Norvège et dans certaines régions des Etats-Unis.

Le sous-comité a estimé ces projets très utiles pour les fins suivantes : a) augmenter les possibilités de donner à l'avenir, immédiatement, le traitement le plus efficace possible, aux patients atteints de cancer ; b) accroître notre connaissance de la morbidité cancéreuse et de ses rapports avec les facteurs sociaux et les facteurs du milieu ambiant ; c) fournir des indications en vue d'études portant sur des points particuliers de l'étiologie du cancer ; d) déterminer les perspectives de survie et de guérison apparente, en vue d'apprécier, ultérieurement, la valeur des mesures prises pour assurer aux malades un traitement plus précoce et plus efficace.

Le sous-comité recommande :

1) que des efforts soient entrepris, dans plusieurs pays, en vue de déterminer la fréquence totale de cancer parmi les populations de certaines zones choisies, au cours d'une année ou d'une série d'années, toutes les

sources accessibles d'information (par exemple, médecins, pathologistes, hôpitaux, certificats de décès) étant utilisées à cet effet ;

2) que soient encouragés les projets d'enregistrement des cas de cancer visant à faire connaître l'histoire des patients après leur traitement, le but final étant d'étendre ces systèmes d'enregistrement à toutes les personnes atteintes de cancer, de manière à éliminer les erreurs dues à une sélection des cas et à permettre la détermination de taux véridiques de morbidité, de survie et de guérison apparente.

### 2.2 *Définition de la localisation anatomique et du stade de la maladie*

Le sous-comité a reconnu que, pour rendre plus précises et plus facilement comparables les études portant sur les données relatives à la morbidité cancéreuse et aux résultats thérapeutiques, il faudrait réaliser l'accord général sur :

a) la délimitation anatomique des localisations ; et b) la définition des stades de la maladie, c'est-à-dire le degré de l'envahissement tumoral. Tout en n'ignorant pas que, étant donné la complexité des problèmes en cause et l'absence actuelle d'accord général, de nombreuses années pourraient s'écouler avant que ne soient atteints ces objectifs, le sous-comité a néanmoins considéré comme hautement souhaitable que ces problèmes soient abordés.

En conséquence, le sous-comité recommande :

que, en consultation avec des spécialistes du cancer, les commissions nationales de statistiques démographiques et sanitaires et autres organismes compétents soient priés d'établir des définitions, si possible illustrées par des diagrammes, a) de la totalité ou d'une partie des localisations anatomiques principales du cancer, et b) des stades de la maladie, c'est-à-dire du degré de l'envahissement tumoral ; et qu'elles soient invitées à soumettre ces définitions à l'OMS qui les renverrait au sous-comité, afin que celui-ci les étudie et formule des recommandations.

### 2.3 *Code intéressant les variétés histologiques des tumeurs*

Le sous-comité a pris acte du fait que le United States National Committee on Vital and Health Statistics collabore avec un certain nombre d'associations de médecins, à l'élaboration d'un code-type s'appliquant aux diverses variétés histologiques de tumeurs. Le sous-comité a manifesté l'intérêt qu'il porte à ce projet et a convenu d'ajourner toute mesure concernant l'établissement d'un code de cette nature, en attendant que celui dont l'élaboration se poursuit aux Etats-Unis puisse être étudié.

### 3. Statistiques des résultats thérapeutiques

Le sous-comité a examiné divers projets relatifs à la présentation statistique des résultats thérapeutiques et est parvenu aux conclusions suivantes :

#### 3.1 Périodes de surveillance

Etant donné :

a) que l'absence d'une méthode unanimement acceptée pour établir les taux de survie et de guérison apparente (« cure »), dans les cas de cancer, fait régner une grande confusion et ne permet pas que les résultats des diverses thérapeutiques soient comparés avec exactitude ;

b) que l'observation d'une période d'attente unique et de durée fixe — cinq années par exemple — avant l'enregistrement des résultats, tout en étant pleinement indiquée pour certains types de cancer, ne convient pas nécessairement à tous les genres de tumeurs ;

c) que, après trois ou quatre années, les taux dont le calcul est fondé sur la période totale de surveillance deviennent de moins en moins satisfaisants, en raison de certains facteurs tels que la mortalité normale et l'impossibilité de garder les patients en observation continue ; et

d) qu'il est de l'intérêt du malade qu'un examen de surveillance soit effectué chaque année, surtout au cours de la période qui suit immédiatement le traitement,

le sous-comité recommande que les taux de survie et de guérison apparente soient calculés à la fin de périodes de 1 an, 2 ans, 3 ans, etc., à compter du début de la mise en observation, les taux correspondant aux cinq premières années étant établis d'après la totalité des cas. Pour les périodes ultérieures d'une année, le dénominateur du taux devrait être le nombre des personnes encore exposées au risque de maladie au début de l'année considérée, les taux cumulatifs pour des périodes après cinq ans étant obtenus par la multiplication de taux annuels consécutifs.

#### 3.2 Définitions et règles

a) Il conviendrait d'indiquer, dans tous les cas, le point de départ de la première période de 12 mois. Aux fins de comparaison des différents modes de traitement, le point de départ choisi peut être le début du traitement anticancéreux. S'il s'agit d'étudier l'efficacité de l'organisation des soins médicaux ou si les statistiques sont établies aux fins de santé publique, on peut prendre comme point de départ la date où le cancer a été diagnostiqué pour la première fois ; en ce qui concerne les diagnostics établis dans

un hôpital, cette date sera celle de la visite ou de l'admission à l'hôpital au cours de laquelle le diagnostic aura été établi.

b) Pour que les résultats thérapeutiques soient évalués avec exactitude, il importe particulièrement de surveiller de façon complète tous les patients et de s'efforcer de ne perdre de vue aucun des malades. Afin d'assurer l'uniformité et la comparabilité des observations, on considérera ceux dont on sera sans nouvelles après chaque période de douze mois comme décédés pour une cause inconnue au cours de cette période.<sup>4</sup>

c) Les données statistiques devraient inclure tous les cas de cancer diagnostiqués — qu'ils aient été soumis, ou non, à un traitement — sauf les cas envoyés à l'hôpital aux fins de diagnostic seulement.

d) Il est souhaitable de confirmer tous les diagnostics par un examen histologique, mais il convient d'inclure tous les cas de cancer diagnostiqués, que le diagnostic soit vérifié, ou non, par un examen histologique. A des fins particulières, on peut étudier isolément les cas qui n'ont pas fait l'objet d'une vérification histologique.

e) Les patients doivent être classés selon la localisation du cancer diagnostiqué à l'origine. S'il se développe un autre cancer primaire, on devra le tenir pour une affection intercurrente.

f) Il est souhaitable que l'état des patients classés comme vivants et ne présentant pas de signes apparents de la maladie soit déterminé, après examen, par l'hôpital ou le médecin qui a signalé le cas.

---

<sup>4</sup> Le Comité d'experts des Statistiques sanitaires tient à souligner qu'il n'y a qu'une façon d'obtenir, sans contestation possible, des taux exacts de survie et de guérison : c'est de maintenir le nombre des malades perdus de vue et celui des malades dont l'état était incertain à un niveau si bas que les hypothèses faites à leur sujet ne modifient pas les taux dans des proportions appréciables. Cependant, comme il est souvent impossible de parvenir pleinement à ce résultat, il importe, aux fins de comparabilité, de formuler des règles relatives à ces deux groupes et d'accepter d'appliquer ces règles. Etant donné la nature du problème, on ne peut pas établir de règles pleinement satisfaisantes, à la fois du point de vue théorique et du point de vue pratique. Tout ce que l'on peut faire est de proposer une formule qui tienne compte de ces deux points de vue autant qu'il est possible, et de demander qu'elle soit utilisée, aux fins de l'uniformité, même par ceux qui l'estimeraient critiquable à certains égards.

Si les malades perdus de vue pouvaient être considérés comme un groupe ne différant en aucun point des autres malades, il y aurait lieu, pour des raisons d'ordre théorique, de ne les faire figurer ni dans le numérateur, ni dans le dénominateur des taux. Mais il est bien connu qu'en pratique, ce groupe tend à comprendre un nombre particulièrement considérable de personnes décédées, et ce phénomène a tendance à élever les taux de survie et de guérison apparente. Le comité est d'avis qu'il est plus sûr de considérer tous les malades perdus de vue à la fin de la période annuelle comme décédés pour une cause inconnue, bien que cette façon de procéder risque d'introduire une légère erreur systématique en sens contraire. Si, ultérieurement, certains de ces malades se révèlent vivants, le taux annuel devra être recalculé en conséquence. De la sorte, les établissements hospitaliers seront fortement incités à faire des efforts persistants et continus pour réduire ce groupe au strict minimum.

g) Les patients devraient être classés selon leur état à la fin de chacune des périodes de douze mois, comprises dans le rapport — qu'ils aient, ou non, subi un traitement satisfaisant en cas de reprise évolutive.

### 3.3 Classification de l'état des patients

Pour le calcul des taux, il convient d'enregistrer l'état de chaque patient à la fin de chacune des périodes de douze mois et de présenter les données sous forme de tableau, comme il est indiqué ci-dessous :

V = nombre de malades que l'on sait être vivants

$V_o$  = ne présentant pas de signes apparents de la maladie

$V_c$  = atteints de cancer

$V_x$  = chez lesquels la présence de cancer est incertaine

D = nombre de patients dont le décès est connu

$D_o$  = ne présentant pas de signes apparents de la maladie au moment du décès

$D_c$  = atteints de cancer

$D_x$  = chez lesquels la présence de cancer était incertaine au moment du décès

P = nombre de patients perdus de vue à la fin de l'année

### 3.4 Définition des taux

Le sous-comité recommande de définir comme suit les taux de survie, pour chacune des périodes considérées :

Le taux brut de survie est obtenu en divisant le nombre de personnes connues comme vivantes, au terme de la période considérée, par le nombre total des personnes qui étaient vivantes au commencement de cette période :

$$TS_{\text{brut}} = \frac{V}{V + D + P}$$

Il existe naturellement divers modes de correction du taux brut permettant de tenir compte de la mortalité naturelle. On peut, notamment, indiquer le suivant :

Le taux corrigé de survie est obtenu en divisant le taux brut défini ci-dessus par la probabilité qu'il y a, dans une population dont la composition par âge est semblable à celle des patients composant le groupe étudié, de ne pas décéder au cours d'une période comparable, par suite d'une cause quelconque autre que le cancer de la localisation en question. D'habitude, pour la plupart des localisations, cette

probabilité (p) n'est pas sensiblement différente de la probabilité de non-décès qui tient compte de toutes les causes de décès possibles.

$$TS_{\text{corr}} = \frac{TS_{\text{brut}}}{p}$$

Le taux brut de guérison apparente pendant la première année à compter du point de départ est obtenu en divisant le nombre de personnes vivantes ne présentant pas de signes de la maladie au terme de douze mois par le nombre total de personnes qui étaient vivantes au début de cette période.

$$TG_{\text{brut}} = \frac{V_o}{V + D + P}$$

Pour des périodes de 2, 3, 4 et 5 ans, le dénominateur de la fraction est le même que celui qui a été utilisé à la fin de la première année ; mais, pour les périodes consécutives d'une année, après cinq ans, il est remplacé par le nombre de personnes vivantes ne présentant pas de signes de la maladie au commencement de l'année considérée.

Il existe également différentes méthodes pour ajuster le taux brut de guérison apparente. On peut notamment indiquer la suivante :<sup>5</sup>

Le taux ajusté de guérison apparente pendant la première année est obtenu en modifiant le taux brut défini ci-dessus, afin de tenir compte des patients dont l'état, à la fin de la période, était incertain, ainsi que la durée de vie pendant laquelle, au cours des douze mois considérés, les personnes décédées ont été exemptes de signes de la maladie.

$$TG_{\text{aj.}} = \frac{V_o \left( 1 + \frac{V_x}{V_o + V_c} \right) + \frac{D_o}{2} \left( 1 + \frac{D_x + P}{D_o + D_c} \right)}{V + D + P}$$

Pour les périodes consécutives à la première année, il y a lieu de procéder comme dans le cas du taux brut.

<sup>5</sup> On pourrait proposer de nombreuses méthodes différentes pour l'ajustement du taux brut de guérison apparente, mais toutes sont inévitablement imparfaites et prêtent à des critiques. Tout en reconnaissant les insuffisances du « taux ajusté de guérison apparente », le Comité d'experts des Statistiques sanitaires n'est pas actuellement en mesure d'apporter des améliorations à ce taux et il recommande qu'il soit mis à l'essai pendant quelques années, aux fins de la comparabilité ; il souligne, en même temps, qu'il faut s'efforcer de perfectionner les services de surveillance après le traitement, de manière que P, V<sub>x</sub> et D<sub>x</sub> tendent tous vers zéro, car si ces trois valeurs étaient nulles, il n'y aurait plus lieu de procéder à un ajustement. Si, ultérieurement, il apparaît que des malades classés dans le groupe V<sub>x</sub> ou D<sub>x</sub> ont appartenu à l'un des groupes de personnes dont l'état est bien défini, le taux devrait être recalculé en conséquence.

### 3.5 *Présentation graphique des données statistiques*

Le sous-comité a examiné avec intérêt le système élaboré par l'Institut national d'Hygiène (France) pour la présentation graphique des données statistiques qui concernent les résultats thérapeutiques, et il désire signaler qu'il existe un exemple de son emploi dans le *Bulletin de l'Institut national d'Hygiène*.<sup>6</sup> Le sous-comité est pleinement d'avis que les données statistiques concernant les résultats thérapeutiques doivent être présentées de façon claire et sans ambiguïté, et il désire encourager tous les efforts entrepris à cet effet. Le sous-comité estime que l'on pourrait établir diverses méthodes, également satisfaisantes, en vue de la présentation graphique des données statistiques concernant les résultats thérapeutiques et n'a pas cru souhaitable, actuellement, de recommander un modèle particulier. Il désire toutefois attirer l'attention sur la méthode employée par l'Institut national d'Hygiène, dans l'espoir d'inciter d'autres institutions ou d'autres personnes à élaborer des méthodes analogues pour la présentation, par diagrammes, des données statistiques concernant les résultats thérapeutiques.

## 4. **Exposés annuels sur les résultats de la radiothérapie du cancer du col de l'utérus**

Le sous-comité a examiné les *Exposés annuels sur les résultats de la radiothérapie du cancer du col de l'utérus* édités par le Dr J. Heyman, et publiés, à l'origine, par l'Organisation d'Hygiène de la Société des Nations. En recommandant que l'OMS adopte des règles et des méthodes normalisées pour le calcul et la présentation des données statistiques concernant les résultats thérapeutiques, et favorise leur emploi général afin d'assurer la comparabilité de ces données, le sous-comité a implicitement reconnu la valeur des *Exposés annuels*. D'autre part, il a pris acte de l'opinion selon laquelle la publication de ces *Exposés annuels*, en dépit du fait que ceux-ci présentent certaines insuffisances, a encouragé les efforts entrepris pour améliorer la présentation des résultats thérapeutiques. En outre, le sous-comité estime que la réunion et la présentation systématiques des données statistiques concernant les résultats thérapeutiques, conformément à des règles et des méthodes normalisées, favoriseraient incontestablement l'amélioration des méthodes de traitement des patients atteints de cancer. Pour toutes ces raisons, le sous-comité recommande que ces *Exposés annuels* continuent à être publiés, s'il existe une possibilité de le faire.

<sup>6</sup> *Bull. Inst. nat. Hyg.* 1950, 5, 44

Plus particulièrement, en ce qui concerne les *Exposés annuels sur les résultats de la radiothérapie du cancer du col de l'utérus*, le sous-comité recommande :

a) que leur domaine soit élargi de manière à les faire porter sur tous les cas de cancer du col de l'utérus, quelle que soit la méthode de traitement ;

b) que les règles et les méthodes proposées par le sous-comité pour le calcul et la présentation des données statistiques concernant les résultats thérapeutiques soient adoptées dans l'élaboration des *Exposés annuels* et que le sous-comité soit prié de fournir des avis, s'il se présente des difficultés à cet égard ;

c) que seuls soient acceptés, aux fins de publication, les exposés des établissements qui font figurer tous les cas de cancer du col de l'utérus examinés chez eux, à l'unique exception des patients envoyés à l'établissement aux fins de diagnostic seulement ;

d) que la présentation des matières contenues dans le volume publié soit étudiée soigneusement, de manière à permettre une réduction de l'espace attribué à chaque exposé ; ce résultat pourrait être obtenu par la suppression des données ne portant que sur un nombre minimum de cas, par la condensation des statistiques détaillées déjà publiées dans des exposés précédents et par d'autres moyens analogues ;

e) que, dans chaque volume, un bref résumé analytique illustré de graphiques appropriés expose les conclusions principales qu'il convient de tirer des statistiques.

---



**Annexe 3**

**SOUS-COMITÉ DES STATISTIQUES HOSPITALIÈRES**

**Rapport sur la première session**

*Genève, 11-14 avril 1950*

## SOUS-COMITÉ DES STATISTIQUES HOSPITALIÈRES

### Première session

#### *Membres :*

D<sup>r</sup> E. L. Crosby, Director, Johns Hopkins Hospital, Baltimore, Md.,  
Etats-Unis d'Amérique

\*D<sup>r</sup> P. Foltz, Directeur médical de l'Ospedale San Giovanni di Torino, Turin,  
Italie

D<sup>r</sup> Marie Lindhardt, Chef de la Section statistique, Service national de Santé,  
Copenhague, Danemark (*Président*)

Professeur J. Rasuhin, Professeur de Médecine sociale à l'Université de  
Zagreb, Yougoslavie

#### *Membre du Comité d'experts des Statistiques sanitaires, de l'OMS :*

D<sup>r</sup> P. Stocks, Chief Medical Statistician, General Register Office of England  
and Wales, Londres, Royaume-Uni

#### *Observateur :*

D<sup>r</sup> M. de Viado, Section de la Sécurité sociale, OIT

#### *Secrétariat :*

D<sup>r</sup> M. Pascua, Directeur adjoint de la Division des Statistiques sanitaires,  
OMS (*Secrétaire*)

D<sup>r</sup> Marie Cakrtova, Section de la Nomenclature internationale des Maladies  
et Causes de Décès, OMS

Le rapport sur la première session de ce sous-comité a paru originalement  
sous forme de documents ronéographiés : WHO/HS/Hosp. Stat./7, en date du  
18 avril 1950, et WHO/HS/Hosp. Stat./7 Rev. 1, en date du 21 avril 1950.

\* Ce membre n'a pas pu prendre part à la session.

## SOUS-COMITÉ DES STATISTIQUES SANITAIRES

### Rapport sur la première session

Le Sous-Comité des Statistiques hospitalières du Comité d'experts des Statistiques sanitaires a été institué par le Conseil Exécutif lors de sa quatrième session,<sup>1</sup> afin de donner effet à la décision de la Deuxième Assemblée Mondiale de la Santé.<sup>2</sup>

Le sous-comité a tenu sa première session à Genève, du 11 au 14 avril 1950.

Le mandat du sous-comité a été défini dans la recommandation suivante, adoptée par le Comité d'experts des Statistiques sanitaires à sa première session.

Le Comité d'experts des Statistiques sanitaires

#### RECOMMANDE

- 1) que soit créé un sous-comité du Comité d'experts des Statistiques sanitaires, chargé d'amorcer les mesures appropriées à prendre par le comité, en matière de statistiques hospitalières, étant entendu que l'attention devra porter en première ligne sur l'application de la nouvelle *Classification statistique internationale des Maladies, Traumatismes et Causes de Décès* et sur les questions connexes, et que l'étude des problèmes relatifs à cette question sera déléguée aux commissions nationales de statistiques sanitaires.<sup>3</sup>

Le sous-comité a discuté les problèmes complexes que posent les statistiques hospitalières et les statistiques de la morbidité hospitalière, problèmes dont un grand nombre ont été exposés dans la note préparée par le Secrétariat.<sup>4</sup> Le sous-comité a également étudié jusqu'à quel point les constatations faites dans les hôpitaux peuvent être utilisées, étant donné que le caractère sélectif des admissions dans ces établissements ne permet généralement pas de tirer des conclusions valables sur la fréquence et la répartition des états morbides dans l'ensemble de la collectivité.<sup>5</sup>

<sup>1</sup> *Actes off. Org. mond. Santé*, 22, 3

<sup>2</sup> *Actes off. Org. mond. Santé*, 21, 28

<sup>3</sup> *Org. mond. Santé : Sér. Rapp. techn.* 1950, 5, 9

<sup>4</sup> WHO/HS/Hosp. Stat./6 (document de travail non publié)

<sup>5</sup> Etant donné que les maladies entraînant une hospitalisation ne représentent pas la totalité des états morbides, le Comité d'experts des Statistiques sanitaires souligne qu'il est nécessaire de rechercher dans quelle mesure et par quelles méthodes il serait possible d'obvier au fait que les statistiques hospitalières ne sont pas représentatives de la collectivité d'où proviennent les malades des hôpitaux. Le comité estime que des enquêtes portant sur les familles ou la prise en considération de tous les bénéficiaires de services de soins médicaux pourraient permettre une interprétation plus large des statistiques hospitalières et accroîtraient leur valeur du point de vue de la santé publique.

Au cours des débats, le sous-comité a examiné de près les diverses classifications des maladies et les buts que vise le travail de classification. Le *Manuel de Classement statistique international des Maladies, Traumatismes et Causes de Décès*<sup>6</sup> a été longuement discuté, notamment au point de vue de son applicabilité aux statistiques hospitalières.

Le sous-comité a pleinement reconnu :

1) l'urgent besoin de données relatives aux types de maladies traitées dans les services de consultations externes et dans les services d'hospitalisation, ainsi qu'à la durée des séjours correspondant aux différentes maladies, de façon que l'on puisse reconsidérer la répartition et l'utilisation des installations hospitalières actuelles et que l'on dispose d'une base pour l'établissement de plans visant à assurer, à l'avenir, l'utilisation la plus efficace et la plus économique possible des lits d'hôpitaux et du personnel existants ;

2) les conséquences avantageuses que comporte, pour les malades, les médecins, les hôpitaux et la santé publique, l'établissement de fiches précises de diagnostic ;

3) les possibilités qui s'offrent, grâce à des statistiques appropriées, établies sur la base des fiches de diagnostic des malades, de déterminer la relation entre la fréquence des maladies et les facteurs climatiques, sociaux, économiques, professionnels et biologiques ;

4) les possibilités d'étudier les résultats fournis par des méthodes de traitement différentes ;

5) la complexité des études sur les maladies entraînant une hospitalisation, étant donné la diversité des définitions, non seulement de la maladie suivant ses multiples catégories, mais également des différents genres de services rendus.

Le sous-comité a examiné les fins auxquelles pourraient servir les statistiques suivantes :

1) Statistiques des malades classés d'après le diagnostic :

a) Malades soignés dans tous les hôpitaux ou dans des hôpitaux spéciaux, desservant une population d'importance connue, exposée aux risques de maladie (par exemple : données relatives à un pays entier ou à des parties d'un pays, ou encore à des catégories de la population ayant droit aux soins médicaux — anciens combattants, membres des forces armées et patients bénéficiant de systèmes d'assurance-maladie) ;

b) Malades soignés dans des hôpitaux déterminés, sans qu'il soit possible de dénombrer la population exposée aux risques de maladie que desservent ces établissements.

---

<sup>6</sup> Bull. Org. mond. Santé, Suppl. 1, 1948, 1

2) Statistiques de l'utilisation des lits d'hôpitaux et des installations hospitalières, y compris les services de consultations externes : ces statistiques devraient tenir compte des genres d'hôpitaux et leurs divers services, ainsi que de la situation économique et sociale des malades, indépendamment des diagnostics.

Le sous-comité soumet les considérations et les recommandations suivantes au Comité d'experts des Statistiques sanitaires :

1) Ayant conclu que le Classement statistique international répond, d'une manière générale, mieux que tout autre aux besoins des hôpitaux en vue de l'établissement des statistiques de maladies entraînant l'hospitalisation, le sous-comité recommande que cette classification soit utilisée partout où de telles statistiques de morbidité sont élaborées.

2) Le sous-comité estime que, d'une part, certains pays et certaines régions déterminées, pour lesquels la population exposée aux risques de maladie peut être définie, et, d'autre part, un certain nombre d'hôpitaux déterminés, devraient être encouragés à établir, d'une manière courante, des statistiques de la morbidité hospitalière. L'établissement de ces statistiques devrait être favorisé par les administrations sanitaires nationales et par les commissions nationales de statistiques démographiques et sanitaires (ou leurs équivalents). Le sous-comité est d'avis que l'établissement courant de statistiques de la morbidité hospitalière, dans tous les pays et dans tous les hôpitaux, n'est ni nécessaire ni recommandable.

3) En ce qui concerne l'établissement de statistiques de malades hospitalisés pour des maladies autres que les affections mentales, le sous-comité recommande d'utiliser la méthode de rapport individuel et d'appliquer les principes de relevé qui suivent.

La partie du rapport concernant le diagnostic devrait être remplie par le médecin lui-même ou sous sa direction. Ayant examiné les méthodes suivies en Grande-Bretagne et aux Etats-Unis pour enregistrer le diagnostic, le sous-comité a décidé de recommander celle qui est actuellement employée en Angleterre et au Pays de Galles, sous réserve d'une nouvelle discussion et de l'accord du Comité d'experts des Statistiques sanitaires. D'après cette méthode, les indications relatives au diagnostic sont les suivantes :

I. Maladie principale, traumatisme ou autre affection ayant amené l'admission.

II. Principale(s) complication(s) de I (en mentionnant la plus importante en premier lieu et en indiquant si elles existaient lors de l'admission).

III. Principale affection accessoire aiguë (en indiquant si elle existait lors de l'admission).

IV. Principale affection accessoire chronique.

La cause profonde devrait être mentionnée sous I, lorsqu'une complication qui figure sous II existe également lors de l'admission, alors même

que celle-ci est due à la complication ; dans l'établissement des tableaux statistiques d'après la cause principale d'admission, on devrait distinguer entre les diverses combinaisons courantes d'une cause initiale et d'une complication.

La partie contenant les données servant à l'identification du patient devrait être enregistrée par un fonctionnaire médical ou par un fonctionnaire de l'état-civil et devrait indiquer, au minimum : le nom ; le genre et l'adresse de l'hôpital ; le nom du malade ; le numéro national d'identité (s'il en existe) ; le numéro d'enregistrement à l'hôpital ; la race ; le sexe ; les dates de naissance, d'admission et de départ ; la personne ou l'administration ayant demandé l'admission du patient (praticien de médecine générale, médecin appelé en consultation, autre hôpital, etc.).

Une partie spéciale de la fiche devrait être prévue pour les mentions relatives au décès : il y serait indiqué si une autopsie a été faite ou non, et l'on y inscrirait la cause de décès telle qu'elle figure sur le certificat de décès. En outre, il est recommandé que les constatations finales résultant de l'autopsie y soient mentionnées et soient rapprochées des autres renseignements, pour que l'on puisse comparer le diagnostic clinique et celui qui découle de l'autopsie.

Le sous-comité souligne que des dispositions devraient être prises, lors de l'élaboration des statistiques hospitalières, afin de dénombrer les patients — les admissions ou les départs — ainsi que les diagnostics principaux de diverses catégories.

4) Le sous-comité reconnaît la nécessité de définitions uniformes de l'hôpital, du lit d'hôpital, du traitement comportant l'hospitalisation, du traitement sans hospitalisation, de l'admission, du départ, du jour de malade, de la durée du séjour, etc. ; toutefois, il n'a pas pu examiner cette question en détail, étant donné le temps dont il disposait. Le sous-comité suggère au Comité d'experts des Statistiques sanitaires de reprendre l'étude du problème des définitions communes et attire son attention sur l'ouvrage récent *Handbook on accounting, statistics and business office procedures for hospitals, Section I*,<sup>7</sup> qui a été publié par l'American Hospital Association et qui contient une série de définitions de ce genre.

5) Le sous-comité recommande de renvoyer et de confier expressément aux administrations sanitaires nationales appropriées ou aux commissions nationales de statistiques démographiques et sanitaires (ou leurs équivalents) l'étude des problèmes spéciaux ci-après, qui se posent dans le domaine des statistiques hospitalières :

<sup>7</sup> American Hospital Association (1950) *Handbook on accounting, statistics and business office procedures for hospitals, Section I. Hospital statistics and uniform classification of accounts*, Chicago.

a) *Hôpitaux psychiatriques*

Des statistiques des troubles mentaux qui exigent l'admission des malades dans des institutions spécialisées devraient être établies dans plusieurs pays, afin que nous puissions mieux connaître la fréquence des affections entraînant l'hospitalisation, suivant le sexe des patients, leur âge, leur état-civil, leur profession, la durée de l'affection, les antécédents familiaux et autres facteurs mesurables d'ordre étiologique ; il conviendrait également d'établir des statistiques concernant le résultat immédiat de l'hospitalisation. Ces statistiques devraient, si possible, être complétées à l'aide d'études par sondage, qui porteraient sur les troubles mentaux existant dans l'ensemble de la population.

b) *Hôpitaux pour tuberculeux*

Des statistiques des tuberculeux admis dans des sanatoriums et autres établissements pour tuberculeux devraient être établies dans plusieurs pays afin que nous puissions mieux connaître la fréquence des divers types de tuberculose et leur traitement, suivant la race, le sexe, l'âge, la profession, la durée de la maladie et autres facteurs mesurables exerçant une influence sur le nombre de lits nécessaires, et il y aurait lieu de tenir compte des résultats immédiats de l'hospitalisation.

c) *Index des dossiers médicaux par diagnostic*

Le sous-comité estime que le Classement statistique international est susceptible d'être subdivisé afin de permettre l'indexage des dossiers médicaux par diagnostic et de répondre aux besoins particuliers d'hôpitaux spécialisés ou de certaines localités. Il souligne que, dans ce cas, les subdivisions devraient être indiquées par des lettres ajoutées aux chiffres de code publiés, sous lesquels s'inscrit la nouvelle rubrique. Le sous-comité pense que les commissions nationales pourraient utilement s'attacher à développer ainsi la Nomenclature internationale, afin qu'elle puisse servir d'index de référence combinée pour le diagnostic.

d) *Obstétrique*

Etant donné que les services obstétricaux des hôpitaux sont parvenus à mettre au point des méthodes qui permettent la réunion de données précises concernant les naissances, étant donné également que, suivant les pays, les habitudes varient considérablement quant au recours aux hôpitaux pour les accouchements, le sous-comité recommande que des renseignements soient recueillis sur l'utilisation, à cet égard, des lits d'hôpitaux, des services de consultations externes et de soins à domicile.

*e) Opérations et anesthésies*

Le sous-comité recommande que l'on s'efforce d'établir un code, analogue au Classement statistique international, destiné à l'établissement de statistiques des opérations chirurgicales ; ce code devrait pouvoir servir d'index des fiches médicales suivant les opérations. L'anesthésie étant associée de façon précise au processus opératoire, le sous-comité estime qu'il conviendrait d'étudier également la question de la classification des méthodes anesthésiques.

*f) Admissions répétées*

Le sous-comité recommande qu'une commission nationale de statistiques démographiques et sanitaires étudie les problèmes relatifs à la réadmission d'une personne au cours d'une période déterminée soit pour la même maladie, soit pour une autre affection.