Organisation mondiale de la Santé

**SOIXANTE-DOUZIÈME ASSEMBLÉE MONDIALE DE LA SANTÉ** **A72/29**
**Point 12.7 de l'ordre du jour provisoire** **4 avril 2019**

# Onzième Révision de la Classification internationale des maladies

## Rapport du Directeur général

1. À sa cent quarante-quatrième session, le Conseil exécutif a examiné une version antérieure du présent rapport,[1] dans laquelle figurait un projet de résolution.[2] Le Conseil a pris note du rapport mais est convenu de suspendre l'examen du projet de résolution afin que des consultations informelles puissent avoir lieu pendant la période intersessions avant la Soixante-Douzième Assemblée mondiale de la Santé. Un rapport distinct sera présenté pour donner les détails du résultat des consultations.[3]

2. La Classification statistique internationale des maladies et des problèmes de santé connexes (souvent appelée Classification internationale des maladies – CIM) est la classification mondiale normalisée utilisée pour les statistiques de mortalité et de morbidité. De telles données sur la mortalité en fonction de l'âge, du sexe et des causes de décès constituent le pilier de la santé publique. Les progrès accomplis pour réaliser les objectifs de développement durable et atteindre la couverture sanitaire universelle sont mesurés au moyen de plusieurs indicateurs de mortalité et de morbidité par cause spécifique.

3. À la fin du XIX^e^ siècle, le prédécesseur original de ce qui est devenu la CIM traitait uniquement les causes de décès. L'OMS, à laquelle la responsabilité de l'élaboration de la CIM a été confiée en 1948, a étendu son champ d'action aux maladies non mortelles. L'Organisation a poursuivi ces travaux jusqu'à la présente Onzième Révision (CIM-11), en introduisant certaines innovations pour répondre aux besoins statistiques d'organisations très différentes.

4. En 1990, l'Assemblée de la Santé a adopté la Dixième Révision (CIM-10) dans la résolution WHA43.24. Ladite Révision est entrée en vigueur le 1er janvier 1993 ; actuellement, quelque 120 États Membres rapportent à l'OMS des données sur les causes de décès en s'appuyant sur celle-ci, mais seule la moitié d'entre eux fournissent des données de bonne qualité. Les États Membres appliquent également la CIM-10 aux statistiques de morbidité, à l'allocation des ressources aux soins de santé primaires, à la mesure de la qualité des soins, à la sécurité des patients, à la facturation dans le cadre de l'assurance maladie, au processus décisionnel clinique, à l'enregistrement des données cliniques et à la recherche. La numérisation des systèmes d'information sanitaire et les processus connexes liés aux données pour la collecte d'informations sanitaires entraînent d'autres exigences.

---

[1] Document EB144/22.

[2] Voir les procès-verbaux de la cent quarante-quatrième session du Conseil exécutif, onzième et douzième séances, section 1 (en anglais seulement).

[3] Document A72/29 Add.1.

## PRÉPARATIFS EN VUE DE LA ONZIÈME RÉVISION DE LA CIM

5. L'OMS a officiellement lancé le processus de révision de la CIM-10 en 2007. De très nombreux travaux ont été réalisés au Siège de l'Organisation et dans le monde entier afin de concevoir le processus d'élaboration. Des réunions régulières des représentants des centres collaborateurs de l'OMS pour la Famille OMS des classifications internationales, des organisations non gouvernementales et d'autres acteurs non étatiques, ainsi que du groupe d'orientation pour la révision de la CIM-11, qui a apporté son concours à l'OMS à l'occasion de plusieurs réunions spéciales, ont orienté le programme de travail en fournissant des informations sur les politiques et le contenu.

6. Des travaux préparatoires approfondis ont été consacrés à l'examen de l'adéquation de la structure de la CIM, laquelle par définition était une classification statistique des maladies et des problèmes de santé connexes, en vue de satisfaire un large éventail de besoins en matière de statistiques sur la mortalité et la morbidité, de remboursement, de mesure de la qualité des soins, de sécurité des patients, de suivi des soins de santé primaires et d'enregistrement des données cliniques. Des travaux techniques ont été entrepris par de nombreux groupes thématiques consultatifs pour la révision de la CIM ainsi que par des départements de l'OMS en ce qui concerne différents chapitres. Par ailleurs les groupes thématiques consultatifs pour la révision de la CIM œuvrant de manière transversale ont examiné les questions liées à la modélisation des informations, à la mortalité, à la morbidité, à la qualité, à la sécurité ainsi qu'à la médecine traditionnelle.

7. Outre les consultations et les rapports examinés ci-après, ainsi que les consultations au niveau régional, le Secrétariat a testé sur le terrain la CIM-11 proposée dans 31 États Membres de toutes les Régions.[1]

8. La version élaborée en vue de la mise en œuvre de la CIM-11 a été publiée en juin 2018, accompagnée d'orientations relatives à sa mise en œuvre. La publication a suscité des commentaires en vue de la modification de ladite version et des orientations, lesquelles sont actuellement modifiées par le Secrétariat, en consultation avec le groupe spécial conjoint, le groupe de référence sur la mortalité et le groupe de référence sur la morbidité de la CIM et le comité consultatif médical et scientifique de la Famille OMS des classifications internationales. Les améliorations proposées comprennent notamment l'ajout de termes pour le codage de la mortalité et la clarification de certains titres et dénominations. Par ailleurs, les traducteurs ont fait part de leurs commentaires et un projet d'évaluation a été lancé en vue de la migration du logiciel de codage automatique de la mortalité vers la CIM-11. Par leur participation aux groupes de travail, ainsi que leurs observations et consultations au niveau régional, 96 États Membres au total ont contribué à la révision de la CIM.[2]

9. En novembre 2018, des projets de préparation à la mise en œuvre, fondés sur la version élaborée en vue de la mise en œuvre, ont démarré dans divers États Membres, avec le soutien du Secrétariat. Des programmes et des outils de formation sont en cours d'élaboration et seront disponibles en mai 2019.

---

[1] L'état d'avancement de la Onzième Révision a été décrit dans le document EB143/13, dont le Conseil exécutif a pris note (voir les procès-verbaux de la cent quarante-troisième session du Conseil exécutif, troisième séance, section 2 (en anglais seulement)).

[2] Afrique du Sud, Albanie, Algérie, Allemagne, Arabie saoudite, Argentine, Australie, Autriche, Bangladesh, Belgique, Bolivie, Botswana, Brésil, Cambodge, Canada, Chili, Chine, Colombie, Congo, Costa Rica, Cuba, Danemark, Égypte, Équateur, El Salvador, Espagne, Estonie, États-Unis d'Amérique, Éthiopie, Fédération de Russie, Fidji, Finlande, France, Ghana, Guatemala, Guyana, Honduras, Hongrie, Inde, Indonésie, Iran, Iraq, Irlande, Israël, Italie, Jamaïque, Japon, Jordanie, Kenya, Koweït, Lettonie, Liban, Libye, Lituanie, Malawi, Malaisie, Maurice, Mexique, Mozambique, Myanmar, Namibie, Népal, Nouvelle-Zélande, Nicaragua, Nigéria, Norvège, Oman, Ouganda, Panama, Paraguay, Pays-Bas, Pérou, Philippines, Pologne, République de Corée, République démocratique populaire lao, République dominicaine, République tchèque, République-Unie de Tanzanie, Royaume-Uni de Grande-Bretagne et d'Irlande du Nord, Rwanda, Serbie, Singapour, Slovaquie, Slovénie, Sri Lanka, Suède, Suisse, Surinam, Syrie, Thaïlande, Trinité-et-Tobago, Tunisie, Turkménistan, Turquie et Zambie.

## Examen externe de la Onzième Révision de la CIM

10. En octobre 2014, l'OMS a demandé un examen externe afin d'obtenir un point de vue indépendant sur l'avancement du contenu et du processus de la révision. Au moyen d'un questionnaire structuré et d'entretiens, des contributions ont été sollicitées auprès d'un large éventail de parties prenantes, dont le Secrétariat. Le rapport final comprenait plusieurs recommandations relatives au calendrier pour achever la Onzième Révision ; à l'amélioration de la communication, de la diffusion, de la sensibilisation et de la transparence dans le cadre du processus de révision ; à la planification des mises à jour ; à la clarification des rôles et des responsabilités en matière de prise de décision ; au travail d'information des utilisateurs sur la CIM-11 ; et à la nécessité de gagner la confiance des personnes concernées par la classification des maladies.

11. En acceptant ces recommandations, le Secrétariat a formulé un plan de travail révisé et a renforcé ses activités en termes de gestion des projets, de communication relative aux progrès accomplis et aux plans, de documentation et de transparence en matière de prise de décisions, et de compétences en ce qui concerne la classification.

## Conférence sur la Onzième Révision de la CIM

12. De nombreux pays ont participé à la Conférence sur la Onzième Révision de la CIM (Tokyo, 12-14 octobre 2016), au cours de laquelle l'OMS a reçu des échos positifs émanant de centaines d'experts et de représentants des institutions du monde entier sur le contenu et la structure de la CIM-11.[1] Dans leurs observations, les intervenants ont souligné que de nombreux États Membres ne disposaient toujours pas de systèmes adéquats pour la notification des causes de décès et de morbidité, et qu'une planification et un soutien importants en vue de l'application seront nécessaires pour mettre en place les systèmes et renforcer les capacités dans ces contextes afin de ne laisser personne de côté.

## Observations des États Membres

13. Entre janvier et octobre 2017, le Secrétariat a sollicité les commentaires des États Membres sur la version 2016 de la CIM-11 en termes de contenu, de structure, de caractéristiques, de besoins de mise en œuvre et de priorités en matière de données, et il a reçu en retour des informations, y compris des réponses communes, d'États Membres de toutes les Régions de l'OMS ainsi que des informations provenant des tests de terrain et des études scientifiques consacrées à la CIM-11. La version élaborée en vue de la mise en œuvre qui a été publiée en juin 2018 tenait compte de ces informations.

## Réunion d'examen statistique

14. En avril 2018, l'OMS a convoqué des experts en statistiques lors d'une réunion qui s'est tenue à Genève pour passer en revue la structure par chapitres et les catégories du projet de CIM-11 afin de déterminer si l'utilisation de la CIM dans les statistiques de mortalité et morbidité était appropriée. La réunion a adopté un bref ensemble de recommandations ayant trait à la nomenclature et à certaines catégories individuelles, auxquelles le Secrétariat a donné suite.

---

[1] Le rapport de la Conférence est disponible à l'adresse : http://www.who.int/classifications/network/meeting2016/ICD-11RevisionConferenceReportTokyo.pdf (consulté le 15 novembre 2018). États Membres représentés à la Conférence : Albanie, Algérie, Argentine, Australie, Brésil, Cambodge, Canada, Chine, Danemark, Égypte, États-Unis d'Amérique, Éthiopie, Fédération de Russie, Finlande, Inde, Indonésie, Iran (République islamique d'), Japon, Kenya, Koweït, Malaisie, Mexique, Mozambique, Myanmar, Namibie, Népal, Ouganda, Pays-Bas, Philippines, République de Corée, République-Unie de Tanzanie, Royaume-Uni de Grande-Bretagne et d'Irlande du Nord, Rwanda, Slovaquie, Sri Lanka, Suède, Thaïlande et Turkménistan.

15. Par ailleurs, un examen des règles de codage de la mortalité a fait ressortir une possibilité de simplification, qui a été appliquée.

16. L'ensemble actuel de règles de codage de la mortalité a été adapté pour être utilisé avec la CIM-11. Quelques petits ajustements ont été apportés à la terminologie et aux exemples en collaboration avec le groupe de référence sur la mortalité de la Famille OMS des classifications internationales. Les participants ont également discuté de questions telles que la polypathologie chez les personnes âgées, la démence et l'état septique, ainsi que des listes spéciales pour la mise en tableaux.

17. Les participants se sont accordés sur le tableau analytique assorti de catégories et de sous-catégories, l'adoption de règles de mortalité adaptées à la CIM-11, le maintien des listes spéciales pour la mise en tableaux, et la mise au point du concept de codage des causes multiples, qui permet de conserver les informations dans des cas de polypathologies, ce qui est particulièrement pertinent concernant les personnes âgées et les maladies chroniques.

## Surveillance par le groupe spécial conjoint de la consolidation et de la mise au point définitive du processus de révision

18. Le groupe spécial conjoint, composé d'experts scientifiques et en statistiques issus des précédents groupes thématiques consultatifs, a fait office de groupe d'orientation et a fourni des conseils stratégiques et techniques à l'OMS pour parachever la Onzième Révision. Son mandat consistait à formuler des recommandations concernant :

- les catégories et les sous-catégories de codes à utiliser en matière de mortalité ou de morbidité ;
- une structure de mise en tableaux et des codes d'agrégation pour la notification internationale ;
- les règles du codage de la mortalité et de la morbidité ;
- l'utilisation de combinaisons de codes ;
- l'utilité du produit en tant que classification statistique.

19. À sa dixième session en octobre 2018, le groupe spécial conjoint a confirmé les éléments suivants : la structure sous forme de tableaux, la structure des chapitres et les codes sont stables ; le mécanisme de codage et le format de codage sont en place ; l'outil de codage est opérationnel ; le manuel d'utilisation et l'ensemble de règles sont bien avancés, et les mécanismes de gouvernance destinés à les gérer et à les mettre à jour sont en place et décrits. Par ailleurs, il a déclaré que la CIM-11 était stable et disponible pour les processus menant à sa mise en œuvre.

20. Dans son rapport final au Secrétariat le 26 octobre 2018, le groupe spécial conjoint a recommandé que le Secrétariat présente la CIM-11, pour examen et adoption, à la Soixante-Douzième Assemblée mondiale de la Santé en mai 2019, par l'intermédiaire du Conseil exécutif en janvier 2019. Il est suggéré en outre que suffisamment de temps soit accordé aux États Membres pour préparer la mise en œuvre de la CIM-11 en vue de la notification internationale, comme ce fut le cas concernant la CIM-10. Le Secrétariat devrait allouer des ressources suffisantes à la tenue à jour et à la mise en œuvre de la CIM-11. Il convient de poursuivre les travaux qui vont au-delà de la tâche principale de révision de la CIM pour les statistiques de morbidité et de mortalité, et qui sont nécessaires pour exploiter l'utilité et la valeur potentielles de la CIM-11, comme pour la CIM-10. La poursuite des travaux permettra à la CIM-11 d'interagir avec les dossiers médicaux électroniques, y compris ceux qui ont recours à des terminologies officielles, des projets

qui tirent parti du vaste potentiel que représente l'interface de programmation d'applications de la CIM-11 pour les communications électroniques et les traductions, et d'inclure des mesures pour faciliter l'adoption de la CIM-11 par des pays qui ne l'avaient pas beaucoup utilisée auparavant.

### Réunion du réseau de la Famille OMS des classifications internationales (Séoul, 22-27 octobre 2018), y compris la réunion du comité consultatif de la classification et de la statistique

21. Au cours de la réunion, les présentations ont porté sur la nouvelle structure de la CIM-11 et les changements introduits par rapport à la CIM-10, le mécanisme proposé pour mettre à jour la CIM, les amendements aux règles pour le codage de la mortalité et de la morbidité, le mécanisme pour le codage assisté par ordinateur ainsi que la proposition relative à la conception du processus d'actualisation. Les participants, dont des représentants de 55 États Membres,[1] ont suggéré que la CIM-11 était prête à être appliquée et qu'il convenait de la soumettre à l'Assemblée de la Santé pour examen en vue de son adoption.

## CARACTÉRISTIQUES GÉNÉRALES ET CONTENU DU PROJET DE ONZIÈME RÉVISION DE LA CIM

22. La CIM-11 est conçue pour répondre aux besoins de divers utilisateurs et aux exigences de la technologie de l'information. L'emploi d'outils et de plateformes numériques à l'appui du codage, de la traduction et des tests, et la présentation de la CIM-11 en vue d'une utilisation dans des environnements numériques, constituent une innovation importante.

23. Par rapport à la CIM-10, la CIM-11 comporte cinq nouveaux chapitres, à savoir : Maladies du sang ou des organes hématopoïétiques, Maladies du système immunitaire, Troubles du sommeil et de l'éveil, Affections liées à la santé sexuelle, et un chapitre supplémentaire, dont l'utilisation est facultative, intitulé Pathologies définies par la médecine traditionnelle, Module 1. Les chapitres sur les affections de la peau, les anomalies du développement et les symptômes, signes ou observations cliniques, non classés ailleurs, ont été restructurés de manière significative.

24. Parmi les principaux aspects des mises à jour, figurent notamment la possibilité de notifier la résistance aux antimicrobiens, une classification actualisée du VIH, un codage amélioré du diabète et des allergies ainsi que la possibilité de décrire les événements touchant la sécurité des patients.

25. Les codes de la CIM-11 restent alphanumériques, toutefois le nombre de caractères a été augmenté de un et le schéma de codage est désormais aligné sur la structure par chapitre.

26. Les nouvelles fonctionnalités de la Onzième Révision sont notamment les suivantes :

- l'inclusion des concepts de précoordination et de postcoordination (en utilisant plusieurs codes pour décrire une affection), qui permettent de décrire les affections à tout niveau de détail en

[1] Afrique du Sud, Allemagne, Argentine, Australie, Bahreïn, Bangladesh, Bhoutan, Brésil, Cambodge, Canada, Chine, Colombie, Cuba, Danemark, Équateur, Espagne, États-Unis d'Amérique, Fédération de Russie, Finlande, France, Ghana, Inde, Indonésie, Iran (République islamique d'), Iraq, Israël, Italie, Jamaïque, Japon, Jordanie, Kazakhstan, Kenya, Koweït, Libye, Mexique, Myanmar, Namibie, Népal, Pays-Bas, Portugal, République de Corée, République démocratique populaire lao, République populaire démocratique de Corée, République tchèque, République-Unie de Tanzanie, Royaume-Uni de Grande-Bretagne et d'Irlande du Nord, Rwanda, Sri Lanka, Suède, Suisse, Thaïlande, Trinité-et-Tobago, Tunisie, Viet Nam et Zambie.

appliquant soit un code précoordonné soit plusieurs codes par la postcoordination de deux ou de plusieurs codes ;

- l'introduction du concept d'attributions multiples, pour indiquer qu'une entité peut être correctement classée en différents endroits ;

- des descriptions pour toutes les entités figurant dans la CIM-11, et non pas uniquement les troubles mentaux, comportementaux ou neurodéveloppementaux (comme c'était le cas dans la CIM-10) ;

- deux sections supplémentaires : V – Section supplémentaire relative à l'évaluation du fonctionnement et X – Codes d'extension ;

- l'inclusion d'informations sur la morphologie dans la hiérarchie du chapitre sur les tumeurs ;

- nouvelles structure et dénomination du chapitre de l'ancienne CIM-10 consacré aux malformations, déformations et anomalies chromosomiques congénitales qui est devenu : Anomalies du développement dans la CIM-11 ;

- reclassement de tous les syndromes génétiques sans anomalies structurelles du développement dans les chapitres appropriés de la CIM-11, selon le ou les organisme(s) touché(s) ;

- le déplacement des codes qui servent à ajouter des détails et des codes identifiés comme des codes « astérisques » dans la CIM-10 au chapitre de la CIM-11 sur les symptômes, signes ou résultats cliniques, non classés ailleurs, section X – Codes d'extension, ou aux chapitres 1 à 24, selon qu'il convient ; la section X comprenant les codes d'extension regroupe anatomie, agent, histopathologie, dénominations communes internationales, dispositifs et autres aspects pouvant être utilisés afin d'ajouter des détails à un code ;

- l'ajout d'un modèle de description comportant un éventail de composantes descriptives pour chaque entité de la CIM ;

- les liens avec d'autres classifications et terminologies ou leur inclusion si possible, ainsi que l'alignement des éléments utilisés dans d'autres membres de la Famille OMS des classifications internationales, chaque fois que possible.

## QUESTIONS PARTICULIÈRES

### Normes et descriptions relatives à la santé de la mère et de l'enfant

27. Les descriptions de la naissance vivante, de la mort fœtale et des décès maternels proposées dans la CIM-10 ont été conservées. Toutefois, dans le souci d'améliorer la qualité des données sur la mortalité maternelle, de fournir d'autres méthodes de collecte de données sur les décès liés à la grossesse, et d'encourager l'enregistrement des décès dus à des causes obstétricales survenant plus de 42 jours après l'interruption de grossesse, deux descriptions supplémentaires ont été ajoutées et elles concernent les « décès maternels – dans leur globalité » et les « décès maternels tardifs ». Ces données peuvent être obtenues à partir des certificats de décès.

## Règles de codage et de sélection et listes pour la mise en tableaux

### Règles de codage et de sélection pour les causes de mortalité

28. Les règles de codage pour la mortalité de la CIM-10 ont été adaptées en vue d'une utilisation avec la CIM-11, les règles non pertinentes ayant été supprimées. L'intention des règles n'a pas été modifiée.

29. Le certificat international de décès, la méthode de sélection d'une cause sous-jacente unique de décès pour la mise en tableau et la comparaison internationale ainsi que le tableau recommandant des renseignements supplémentaires à propos des décès périnatals, ont été conservés par rapport à la mise à jour de la CIM-10 publiée en 2016.

30. La CIM-11 permet un codage et une analyse par affections multiples eu égard aux causes de décès. Le concept de postcoordination (associations de codes) a été intégré aux règles. Les règles fournissent ainsi d'autres orientations sur le codage de renseignements supplémentaires à l'intention de ceux qui souhaitent utiliser des associations de codes.

### Règles de codage et de sélection pour la morbidité

31. La définition de l'« affection principale » a été mise à jour dans la CIM-11 et elle désigne l'affection indiquée comme étant le motif de l'admission à l'hôpital, établi à la fin du séjour du patient. Cette définition est moins sujette à une interprétation libre que l'ancienne, qui était fondée sur « la consommation la plus levée de ressources médicales », et les États Membres utilisant la CIM-10 qui étaient passés de l'ancienne définition au « motif d'admission établi à la fin du séjour » n'ont signalé que de faibles changements dans leurs statistiques d'activité.

32. La CIM-11 prévoit également des règles amendées concernant les affections principales notifiées de façon incorrecte.

33. De nouvelles règles ont été établies pour l'utilisation d'associations de codes et de codes d'extension facultatifs, ainsi que pour le codage des antécédents personnels et familiaux, les effets tardifs et les affections « exclues ». D'autres nouvelles règles concernent l'application de la CIM-11 à l'étude de la qualité et de la sécurité des soins, conformément au cadre conceptuel OMS pour la classification internationale pour la sécurité des patients.[1]

## Listes pour la mise en tableaux des données de mortalité et de morbidité

34. Les listes de mise en tableaux ont été actualisées conformément à la nouvelle structure. La réunion d'examen statistique et le comité consultatif de la classification et de la statistique ont recommandé de continuer à inclure les listes courtes de mise en tableaux dans la CIM-11.

[1] WHO, Patient Safety. Conceptual framework for the International Classification for Patient Safety, version 1.1: final technical report, January 2009. Genève, Organisation mondiale de la Santé, 2009, document WHO/IER/PSP/2010.2 (http://www.who.int/patientsafety/taxonomy/icps_full_report.pdf, consulté le 16 novembre 2018).

## FAMILLE DE CLASSIFICATIONS

### Concept de la famille de classifications

35. En 1990, l'Assemblée de la Santé a approuvé, dans sa résolution WHA43.24 sur le Rapport de la Conférence internationale pour la Dixième Révision de la Classification internationale des maladies, le concept d'une famille de classifications de maladies et de classifications sanitaires connexes. Le concept s'est révélé utile et a évolué par l'intermédiaire du réseau de la Famille OMS des classifications internationales, élargissant la base de la CIM avec la Classification internationale du fonctionnement, du handicap et de la santé (publiée en 2001) et la nouvelle classification internationale des interventions en santé.

36. Dans la CIM-11 ont été inclus des termes de codage e qui se sont révélés pertinents pour le codage des causes de décès, ainsi que des détails supplémentaires pour le codage qui avaient été ajoutés dans les extensions nationales de la CIM-10. Une méthodologie pour la mise en relation avec d'autres documents terminologiques a été déterminée et les travaux relatifs à la nomenclature terminologique systématisée de médecine clinique progressent.

### Modification de la CIM

37. Dans un souci de comparabilité internationale, il importe qu'aucune modification ne soit apportée au contenu (tel qu'indiqué par les titres) des catégories à quatre caractères et des sous-catégories à cinq ou six caractères de la CIM-11 lors de la préparation des traductions ou adaptations, sauf autorisation de l'OMS. L'Organisation est chargée de la CIM et le Secrétariat fait office de centre d'information central concernant toute publication (à l'exception des publications de statistiques nationales) ou traduction qui en découlerait. Il conviendrait que l'OMS soit informée rapidement de l'intention d'élaborer des traductions, des adaptations ou d'autres classifications liées à la CIM. Le contenu proposé en vue d'une utilisation nationale devrait être soumis au processus de mise à jour afin de garantir une comparabilité internationale continue.

### Le contenu de base

38. Ce volet de la CIM-11constituera la source de données pour l'élaboration et la mise à jour des listes de mise en tableaux, de l'index et du manuel de référence. Il comprendra également du contenu supplémentaire en vue de l'amélioration de la facilité d'utilisation de la CIM-11 par rapport à la CIM-10 dans les environnements numériques, de la mise en relation avec d'autres classifications et documents terminologiques, et de l'amélioration sensible des orientations à l'intention des utilisateurs. Le contenu de base servira également à maintenir l'alignement des différentes versions de spécialités. Au besoin, des identifiants uniques des catégories et du contenu des catégories peuvent être utilisés pour conserver plus de détails dans les documents électroniques.

### Versions par spécialités

39. La CIM-10 était accompagnée de publications sur l'application de la Classification internationale des maladies à la dentisterie, à la neurologie et à l'oncologie, ainsi que sur les descriptions cliniques et les lignes directrices pour le diagnostic des troubles mentaux et comportementaux ainsi que d'autres affections.

40. Des versions par spécialités de la CIM-11 seront conçues à partir du contenu de base de la CIM-11, ce qui facilitera et simplifiera leur mise à jour et leur cohérence, permettra de vérifier facilement les traductions effectuées à l'aide de l'outil de traduction commun et garantira leur uniformité.

## Médecine traditionnelle

41. La médecine traditionnelle est un domaine des soins de santé dans de nombreux États Membres et les tradipraticiens sont mentionnés dans la Déclaration d'Alma-Ata sur les soins de santé primaires (1978) dans le cadre de la prestation des soins de santé primaires. Conformément aux résolutions WHA62.13 (2009) et WHA67.18 (2014), dans lesquelles le Directeur général est prié de promouvoir la coopération et la collaboration internationales dans le domaine de la médecine traditionnelle et complémentaire en vue d'échanger des données factuelles, la CIM-11 comporte un chapitre supplémentaire dont l'utilisation est facultative, intitulé Pathologies définies par la médecine traditionnelle – Module 1, qui classe les pathologies définies par la médecine traditionnelle, dont l'origine remonte à la Chine antique et qui sont désormais communément utilisées en Chine, au Japon, en République de Corée et ailleurs dans le monde. Ces catégories sont destinées au codage double facultatif des diagnostics et des modèles de médecine traditionnelle. Elles ne se réfèrent à aucune forme de traitement et n'en approuvent aucune. D'autres modules de classification des concepts diagnostiques d'autres formes normalisées de médecine traditionnelle pourraient être élaborés à l'avenir. L'inclusion d'un chapitre supplémentaire sur la médecine traditionnelle dans la CIM permettra, pour la première fois, de dénombrer les services et les recours relatifs à la médecine traditionnelle, de mesurer leur forme, leur fréquence, leur efficacité, leur sécurité, leur qualité, leurs résultats, leur coût ; et de la comparer à la médecine courante et à la recherche grâce à des termes et à des définitions normalisés aux niveaux national et international.

## Appui informationnel aux soins de santé primaires

42. L'importance de la mise au point de méthodes non conventionnelles au niveau communautaire pour combler les lacunes en matière d'information et renforcer les systèmes d'information dans les différents États Membres est bien reconnue. De telles pratiques peuvent s'appuyer sur l'expérience acquise par les États Membres dans l'élaboration et l'application de méthodes communautaires d'information sanitaire couvrant les problèmes de santé, les facteurs de risque, les besoins et les ressources connexes. Le Secrétariat a mis au point et actualisé récemment un instrument d'autopsie verbale normalisé permettant la notification des causes de décès par des non-spécialistes.[1]

43. En ce qui concerne l'enregistrement et la déclaration des données dans les établissements de soins primaires, la CIM-11 a été étendue à plusieurs catégories plus larges pour la déclaration des problèmes de santé et des motifs de recours au système de santé.

## Classification internationale du fonctionnement, du handicap et de la santé

44. En 2001, l'Assemblée de la Santé, dans sa résolution WHA54.21, a approuvé la deuxième édition de la Classification internationale du fonctionnement, du handicap et de la santé. Par la suite, la Classification a été actualisée sur la base des données recueillies sur le terrain, et des domaines particulièrement pertinents pour les enfants ont été ajoutés.

45. L'évaluation du fonctionnement avant et après le traitement sert actuellement à déterminer la gravité des cas et les ressources nécessaires, et à suivre les progrès thérapeutiques. Dans la CIM-11, la nouvelle section « V – Section supplémentaire pour l'évaluation du fonctionnement », a été ajoutée pour permettre la notation, sur la base du système OMS d'évaluation des incapacités existant (WHODAS 2.0). Cet instrument est directement lié à la Classification internationale du fonctionnement, du handicap et de la santé.

[1] Verbal autopsy standards: the 2016 WHO verbal autopsy instrument, V1.4.2. Genève, Organisation mondiale de la santé, 2016 (http://getinthepicture.org/sites/default/files/resources/Source_Manual%20and%20%20guidelines%20for%20 application%20and%20use%20of%20simplified%20WHO%20VA%20tool_2016v1-4-2.pdf, consulté le 16 novembre 2018).

### Interventions en santé et actes médicaux

46. La *Classification internationale des actes médicaux* a été publiée en 1978 à des fins expérimentales. Elle a été actualisée en 1989, cependant la mise à jour ultérieure a été compliquée par les progrès scientifiques rapides intervenus. En 2008, le Secrétariat, reconnaissant que les nouvelles technologies de communication pouvaient permettre de surmonter ces problèmes, a entamé des travaux en vue de l'élaboration d'une nouvelle classification internationale des interventions en santé couvrant les domaines des soins médicaux, des soins infirmiers, du fonctionnement du patient et de la santé publique. Une application systématique sur le terrain et des consultations en 2019 visent à garantir son utilité pour la compilation de statistiques internationales sur les interventions en santé. La version finale devrait être disponible en 2020.

## MISE EN ŒUVRE

47. La CIM-11 sera publiée par voie électronique et sous forme imprimée. Dans la version électronique, les informations seront interreliées et visibles dans le contexte pertinent. Dans la version imprimée, les informations seront divisées en trois volumes, comme auparavant : la table analytique, le manuel d'utilisation et l'index. Ces trois éléments sont nécessaires pour utiliser correctement la CIM-11.

48. Aux fins du codage, l'index électronique, sous la forme d'un outil de codage en ligne, remplacera l'index imprimé comme référence pour les résultats du codage.

49. Il conviendrait que les États Membres qui entendent élaborer des versions de la Onzième Révision dans d'autres langues nationales notifient leur intention au Secrétariat. Toutes les traductions doivent être effectuées sur la plateforme de traduction de la CIM-11, dont l'accès sera assuré par le Secrétariat, ou intégrées à celle-ci. Ainsi, les versions multilingues seront accessibles et on veillera à la cohérence entre les différentes versions. En outre, toutes les versions linguistiques de la CIM-11 qui se trouvent sur la plateforme de traduction peuvent être automatiquement produites sous différents formats, notamment des fichiers d'impression ou électroniques. Par ailleurs, la version traduite est accessible via des interfaces humaines ou de logiciels. Toutes les traductions figurant sur la plateforme sont accessibles via le même navigateur, le même outil de codage et la même interface de programmation.

50. Comme pour la Dixième Révision, des matériels pour la réorientation des codeurs en vue de l'utilisation de la CIM-11 ont été élaborés avec l'aide des centres collaborateurs pour la Famille OMS des classifications internationales. Les bureaux régionaux de l'OMS et les États Membres seront chargés des cours de formation. L'OMS est en train d'élaborer des matériels pour la formation de base des nouveaux utilisateurs de la CIM-11.

51. La publication sera accompagnée d'un dispositif de mise en œuvre comportant des matériels de formation, un guide d'application, des tableaux de transition, des outils de traduction, des informations sur la gouvernance et la maintenance, et la CIM-11 sous différents formats afin qu'elle puisse être incorporée dans les systèmes de notification sanitaire existants.

## RÉVISIONS ET MISES À JOUR ULTÉRIEURES DE LA CIM

52. Dans sa résolution WHA43.24 (1990), l'Assemblée de la Santé a approuvé l'établissement d'un processus de mise à jour dans le cadre du cycle de révision décennal de la CIM. Au cours de la période d'utilisation prolongée de la Dixième Révision (28 ans au lieu des 10 ans prévus), des difficultés ont été rencontrées du fait de la non-incorporation des mises à jour par l'ensemble des États Membres et de la nécessité d'actualiser certains éléments importants.

53. En ce qui concerne la CIM-11, l'élargissement de la participation des États Membres aux discussions et la constitution d'un comité consultatif chargé des classifications et des statistiques devraient permettre de surmonter les problèmes rencontrés avec la CIM-10 et de faciliter la diffusion future des mises à jour de la CIM-11 aux utilisateurs. Les membres du Comité seraient notamment les institutions nationales désignées à cet effet, à savoir les centres collaborateurs pour la Famille OMS des classifications internationales ou les experts de la classification technique ou de l'information sanitaire au niveau national désignés par les États Membres.[1]

54. La CIM-11 serait actualisée sur la base de l'expérience acquise avec la CIM-10 et de discussions visant à identifier les besoins des États Membres. Les mises à jour ayant une incidence sur la notification internationale (la structure à quatre ou cinq chiffres des chapitres 1 à 24) seraient publiées tous les cinq ans. Les règles de codage pour la mortalité et la morbidité seraient actualisées selon un cycle de dix ans. Les entrées des index, les codes d'extension, les chapitres supplémentaires facultatifs et les améliorations du manuel d'utilisation pourraient être publiés tous les ans, en fonction des besoins des États Membres.

55. S'il devient nécessaire de réorganiser la structure de la CIM-11, la classification devra être révisée. Une telle réorganisation ne pourra pas être menée à bien sous la forme d'une simple mise à jour de la classification. Au cours du processus de mise à jour, les propositions et autres contributions qui nécessiteraient une réorganisation de la structure de la classification seront laissées en suspens dans l'attente d'une future révision. La décision d'entamer le processus de révision dépendra du nombre de propositions de ce type accumulées.

## MESURES À PRENDRE PAR L'ASSEMBLÉE DE LA SANTÉ

56. L'Assemblée de la Santé est invitée à prendre note du présent rapport.

= = =

[1] Manuel de référence de la CIM-11, annexe 3.8 (https://icd.who.int/icd11refguide/en/index.html, consulté le 11 mars 2019).