



Organisation
mondiale de la Santé

CIM-11

Guide pour la mise en œuvre ou la transition

© World Health Organization 2019

Regarding copyright notice and disclaimers, instructions can be found at

<https://emanual.who.int/p08/s06/Pages/VIII65Copyrightnoticeanddisclaimers.aspx>

and respective translations at

<http://intranet.who.int/homes/whp/publishingwho/production/standarddisclaimers.shtml>.

For further information, please send an email to publishing@who.int.

À propos de ce document

Version 1.05

Ce document fait partie du dispositif de mise en œuvre de la CIM-11¹ mis au point par l'Organisation mondiale de la Santé. Il présente aussi des informations d'ordre général concernant la mise au point de la CIM-11 et de ses composantes ainsi que des problèmes essentiels que les pays doivent prendre en considération dans la période précédant la transition entre la version actuellement utilisée de la classification et la CIM-11, et pendant cette transition.

En raison des grandes différences qui existent d'une zone à l'autre, notamment du point de vue du degré de complexité, ce guide se contente de présenter un tableau général de la transition et de la mise en œuvre. Il vise à aider les décideurs à planifier la mise en œuvre de la nouvelle CIM-11 dans leurs juridictions respectives.

Tous les éléments de la CIM-11 sont disponibles à l'adresse icd.who.int et les lecteurs sont invités à effectuer une visite virtuelle et acquérir une expérience pratique de l'outil.

Ce document comporte deux parties. La partie 1 dresse un tableau général de la Onzième Révision. La partie 2 porte sur les activités relatives à la transition.

Remerciements

Ce guide n'aurait jamais pu être établi sans la collaboration et le soutien apportés par de nombreuses organisations, institutions et personnes. Il a été élaboré en fonction des besoins du terrain et compilé en collaboration avec l'ensemble des bureaux régionaux de l'OMS, le Siège, le réseau de la Famille OMS des classifications internationales² et les États Membres.³

¹ Le dispositif de mise en œuvre de la CIM-11 comprend le système de classification, l'outil de codage, l'interface de navigation, l'ensemble de la documentation d'appui (y compris le Guide de référence et le Guide de mise en œuvre) ainsi qu'un ensemble d'outils.

² <https://www.who.int/classifications/network/collaborating>.

³ Afrique du Sud, Allemagne, Argentine, Australie, Bangladesh, Bhoutan, Cambodge, Canada, Chili, Chine, Colombie, Corée, Costa Rica, Cuba, Danemark, Équateur, Estonie, États-Unis, Fidji, France, Géorgie, Ghana, Guatemala, Honduras, Inde, Indonésie, Italie, Japon, Kazakhstan, Kenya, Kirghizistan, Laos, Libéria, Malaisie, Mexique, Mongolie, Myanmar, Namibie, Népal, Nicaragua, Nigéria, Norvège, Ouganda, Panama, Paraguay, Pays-Bas, Pérou, Philippines, Pologne, Portugal, République dominicaine, République tchèque, Russie, Rwanda, Sénégal, Salomon, Sri Lanka, Suède, Tanzanie, Thaïlande, Timor-Leste, Turquie, Turkménistan, Royaume-Uni, Uruguay, Venezuela, Vietnam et Zambie.

Table des matières

La CIM-11 en bref.....	1
Contexte général de la CIM.....	3
Partie 1 Introduction à la CIM	5
1.1 La CIM-11	9
1.1.1 Un système de classification révisé.....	9
1.1.2 Un outil numérique.....	9
1.2 Avantages de la CIM-11	10
1.2.1 Connaissances scientifiques actualisées	10
1.2.2 Améliorations et ajouts	11
1.2.3 Facilité d'utilisation.....	12
1.2.4 Des applications multiples pour répondre aux priorités du système de santé..	12
1.2.5 La CIM-11 et ses composantes.....	13
1.2.6 Compatibilité avec les systèmes de santé numérique ou de cybersanté et interopérabilité avec les systèmes d'information sanitaire.....	14
1.2.7 Liens avec les autres classifications et terminologies.....	15
1.2.8 Maintenance de la CIM.....	16
Partie 2 Mise en œuvre ou transition à partir de systèmes existants de la CIM	19
2.1 Considérations liées à la mise en œuvre de la CIM-11	19
2.1.1 Codage de la mortalité	19
2.1.2 Codage de la morbidité	20
2.2 Le rôle des premiers pays adoptant la CIM-11 et les essais pilotes	21
2.3 Participation et accord des parties prenantes	22
2.4 Principales mesures recommandées	22
2.4.1 Création d'un centre d'excellence national	23
2.4.2 Maintien du système existant pendant la transition	23
2.4.3 Gestion du projet et planification stratégique.....	23
2.4.4 Autoévaluation	24
2.4.5 Correspondances (mappage) et comparabilité	26
2.4.6 Études sur le double codage	28
2.4.7 Utilisation de la CIM-11 avec les terminologies et les dossiers médicaux électroniques	29
2.4.8 Prescriptions techniques et délais pour adapter les systèmes d'information sanitaire, les outils de codage de la mortalité et de la morbidité et les logiciels de regroupement des cas (<i>casemix</i>)	29
Partie 3 Appendices	31
3.1 Appendice – Modèle de calendrier de mise en œuvre.....	31
3.2 Appendice – Contenu du dispositif de mise en œuvre	37
3.3 Appendice – L'élaboration de la CIM-11 en bref.....	38
3.4 Appendice – Glossaire terminologique	40

La CIM-11 en bref

La Classification internationale des maladies et des problèmes de santé connexes (CIM) est la norme de référence internationale pour l'enregistrement, la notification, l'analyse, l'interprétation et la comparaison systématiques des données de mortalité et de morbidité. Sa Onzième Révision (CIM-11) est le fruit d'une collaboration avec des cliniciens, des statisticiens, des épidémiologistes, des codeurs et des experts de la classification et de l'informatique venus du monde entier. La CIM-11 est un produit scientifiquement rigoureux qui rend précisément compte des pratiques contemporaines en matière de santé et en matière médicale et représente une amélioration significative par rapport aux révisions antérieures.

La CIM-11 permet aux pays de recenser les problèmes de santé et d'établir des statistiques au moyen d'un système de classification actualisé et cliniquement pertinent. Des codes spécifiques sont attribués aux problèmes de santé ou aux accidents. Les données ainsi produites peuvent être utilisées par les gouvernements pour élaborer des politiques de santé publique et en mesurer l'impact, allouer les ressources et améliorer le traitement et la prévention ; elles pourront aussi servir aux dossiers médicaux.

Pour la première fois, la CIM est totalement électronique, donnant actuellement accès à 17 000 catégories de diagnostic, avec plus de 100 000 termes d'index pour le diagnostic médical. L'algorithme de recherche, fondé sur l'index, interprète plus de 1,6 million de termes. La CIM-11 est facile à installer et à utiliser en ligne et hors ligne, car elle utilise un logiciel hôte gratuit.

Grâce aux technologies modernes, la CIM-11 est plus facile d'emploi que toutes les classifications précédentes, le coût du codage est réduit et la collecte de données est plus précise et permet d'obtenir des produits de qualité optimale. Sa structure novatrice et son format numérique garantissent l'interopérabilité avec les infrastructures informatiques en place.

La CIM-11 recouvre un vaste éventail d'usages : dossiers cliniques, collecte et étude des statistiques de mortalité et de morbidité, recherche épidémiologique, études pour le regroupement des cas (*casemix*), interventions et planification en matière de qualité et de sécurité, soins de santé primaires, etc.

La classification va plus loin que le diagnostic des maladies à des fins statistiques : elle donne aussi la possibilité de coder des signes, des observations, des causes de traumatismes et d'effets néfastes, des maladies rares, des dispositifs médicaux, des médicaments, des données anatomiques et histopathologiques, des échelles de sévérité, des activités professionnelles ou sportives, etc. Elle fait le lien entre terminologie clinique et statistique.

CIM-11 – Guide pour la mise en œuvre ou la transition

La CIM-11 est désormais disponible aux fins de mise en œuvre, suite à son adoption à l'Assemblée mondiale de la Santé le 25 mai 2019.

Le Guide de référence fournit des données complètes détaillées sur la CIM-11, sa maintenance, les différences et changements importants entre la CIM-10 et la CIM-11.⁴

La CIM-11 et son dispositif de mise en œuvre [sont disponibles gratuitement en ligne](https://icd.who.int/icd11refguide/en/index.html) et peuvent être utilisés tels quels. Aucun outil ni terminologie supplémentaire n'est nécessaire.

⁴ <https://icd.who.int/icd11refguide/en/index.html>.

Contexte général de la CIM

La CIM offre un langage commun pour la classification des maladies, des traumatismes et des causes de décès et pour la notification et le suivi standardisés des problèmes de santé. Elle met en correspondance les problèmes de santé aux catégories génériques correspondantes, avec des variations spécifiques, en leur attribuant un code particulier allant jusqu'à six caractères. Ces données servent ensuite aux comparaisons et aux échanges entre les prestataires de santé, les Régions et les pays, et permettent de mettre en parallèle des périodes temporelles.

Outre cette fonction essentielle, la CIM peut aussi être utilisée pour un vaste éventail d'activités connexes : remboursement de l'assurance-maladie, gestion des programmes de santé nationaux, activités des spécialistes de la collecte de données et des chercheurs, suivi des progrès de l'action sanitaire mondiale, allocation des ressources sanitaires. La CIM joue aussi un rôle majeur pour le recueil d'informations sur la sécurité des patients et la qualité des soins.

Révisée de manière cyclique par l'OMS, la CIM est présentée à l'Assemblée mondiale de la Santé pour adoption et mise en œuvre dans les systèmes nationaux de collecte de données et de notification. Depuis qu'elle existe, l'OMS l'a systématiquement tenue à jour, et publié les modifications mineures chaque année et les modifications majeures tous les trois ans.

Le système de la CIM vise à favoriser la comparabilité internationale en matière de collecte, de traitement et de classification et pour la présentation des statistiques sanitaires et des informations sanitaires en général. Cependant, la qualité des données est directement liée à l'adéquation du système de classification et le recours à la CIM-10, adoptée par l'Assemblée mondiale de la Santé en 1990, pose de plus en plus problème en raison de son contenu parfois obsolète. À long terme, cette classification deviendra obligatoirement moins précise et utile. De plus, de nombreuses modifications y ont été apportées partout dans le monde, sans qu'elles soient harmonisées, ce qui a entravé la comparabilité des données au niveau international. La dernière mise à jour de la CIM-10 est prévue en 2019, après quoi l'OMS cessera de l'actualiser.

Actuellement, 117 pays font rapport à l'OMS concernant les causes de décès. Soixante-dix pour cent des ressources sanitaires mondiales sont allouées sur la base des données de la CIM. Celle-ci est notamment utilisée pour l'enregistrement des cancers et la pharmacovigilance, et plus de 20 000 articles scientifiques citent la CIM-10.

Les pays à revenu faible ou intermédiaire supportent une part significative de la charge de morbidité et leurs systèmes de santé manquent de ressources pour le

traitement, la prévention et la collecte d'informations aux fins de la planification sanitaire. La mise en place de la CIM-11 facilitera l'utilisation et la collecte d'informations sanitaires et, par conséquent, la prise de décisions reposant sur des données quantitatives fiables.

La CIM est l'une des principales classifications de la Famille OMS des classifications internationales, comme la Classification internationale du fonctionnement, du handicap et de la santé et la Classification internationale des interventions sanitaires.

Partie 1 Introduction à la CIM

La CIM-11 est une classification adaptée au XXI^e siècle, actualisée à la lumière des grandes avancées scientifiques et médicales des 30 dernières années ; elle a été conçue pour être utilisée avec les applications de santé numérique et les systèmes d'information. Ces systèmes conviennent parfaitement à la collecte de données avec la CIM-11 et peuvent produire des informations numériques très précises, mais la structure de la classification reste suffisamment simple pour un codage sur papier. La plateforme numérique de la CIM-11 peut être consultée en ligne ou téléchargée gratuitement ; elle est disponible dans plusieurs langues grâce à l'interface de navigation en ligne. Pour la première fois, la CIM-11 permettra d'effectuer un double codage des diagnostics (médecine traditionnelle/médecine courante) et d'obtenir un score de fonctionnement reposant sur le dispositif OMS d'évaluation du handicap (WHODAS).

Comme il s'agit d'un bien public international, et conformément à l'engagement de l'OMS en faveur de la transparence et de la collaboration avec les parties prenantes, la révision de la CIM-11 est depuis le départ ouverte à toutes les parties intéressées, pour la première fois dans l'histoire des révisions de la CIM. Des centaines de spécialistes issus de plus de 270 institutions et 99 pays ont soumis des propositions à l'équipe de l'OMS chargée des classifications, au moyen d'une plateforme en ligne. Ces propositions concernaient le contenu de la classification, la plateforme facilitant la discussion entre les participants permettant d'obtenir des informations claires sur les procédures applicables et le processus décisionnel.

Le Guide de référence est la première source d'instructions complètes sur l'utilisation de la classification. Il apporte aussi des éclaircissements sur les composantes de la classification et sur les aspects taxonomiques et explique quels changements ont été apportés par rapport à la CIM-10. Les pays pourront ajouter des éléments au Guide de référence, en fonction des normes ou lignes directrices devant être appliquées pour la notification au niveau national, tout en veillant à la cohérence internationale du codage et de la présentation des statistiques.

La CIM-11 est plus facile à utiliser que les révisions antérieures, dans les milieux à faibles ressources comme dans les régions richement dotées. Elle permet d'améliorer la collecte de données et de disposer des outils requis pour suivre et améliorer l'état de santé dans les pays, à moindre coût.

Partie 1 Pourquoi la CIM-11 ?

L'objectif de la mise en place de la CIM est de pouvoir produire des données sanitaires comparables au **niveau international**. De plus, les codes de la CIM sont utilisés pour 70 % des dépenses mondiales de santé aux fins du remboursement et de l'allocation des ressources, 110 pays représentant ensemble 60 % de la population mondiale utilisent les données sur les causes de décès de la CIM pour la planification et le suivi systématiques de la santé, et la CIM-10 est citée dans plus de 20 000 articles scientifiques. Seule une classification robuste et solide permet de mettre utilement à profit ces données essentielles.

La CIM-11, c'est...

- une utilisation simplifiée et un codage de meilleure qualité, à moindre coût ;
- une structure et un contenu reflétant l'état actuel des connaissances scientifiques ;
- une plus grande utilité, grâce à des sections individuelles sur la résistance aux antimicrobiens, la sécurité des patients et l'évaluation du fonctionnement et une meilleure représentation des causes de traumatismes, des cancers, des dispositifs, des médicaments, des substances, de la sévérité, etc. ;
- une intégration aisée dans n'importe quel logiciel ;
- un codage que les cliniciens peuvent effectuer sans perte d'informations et sans perturber leur travail quotidien ;
- un dispositif de mise en œuvre comportant l'ensemble des outils et des orientations nécessaires pour l'application de la CIM-11.

La Onzième Révision de la CIM est attendue depuis longtemps – pour mémoire, la CIM-10 a été adoptée en 1990 !

De plus, il existe de nombreuses versions locales divergentes de la CIM, ce qui restreint la comparabilité des données, l'élaboration des lignes directrices et les liens vers les bases de connaissances et crée des discordances entre les traductions. Il s'agit bien sûr de disposer d'un système international normalisé qui rende précisément compte des pratiques actuelles et produise des données utiles de la plus grande qualité. Cependant, la CIM-11 révolutionne aussi la manière dont les affections sont classées et codées dans le cadre clinique.

Comme avec les révisions précédentes, l'OMS a passé en revue l'ensemble des classifications existantes ainsi que les catégories et les codes qu'elles comportent à la lumière des connaissances scientifiques les plus solides et des bonnes pratiques.

La CIM-11 est présentée à l'Assemblée mondiale de la Santé en mai 2019 pour adoption et remplacera l'ensemble des versions antérieures à partir du 1^{er} janvier 2022.

1.1 La CIM-11

En bref, la CIM-11 est :

- un système de classification révisé ne se limitant pas aux seules maladies ;
- un outil numérique.

1.1.1 Un système de classification révisé

Fondée sur un examen rigoureux des classifications existantes et sur l'état actuel des connaissances scientifiques et de la recherche, et élaborée avec le concours d'experts dans le cadre d'une vaste consultation publique, la Onzième Révision de la CIM a entraîné une refonte de la structure des chapitres et du système d'indexation. La nouvelle classification contient plus de 55 000 entités.

En plus des **maladies**, la CIM recouvre les **troubles, les traumatismes, les causes externes, les signes et les symptômes, les substances, les médicaments, les dispositifs, l'anatomie, l'histopathologie, la sévérité, et bien d'autres domaines**. Elle comporte 120 000 termes cliniques et permet de coder des millions de termes ; par ailleurs, elle inclut des milliers de nouvelles catégories et des systèmes de classification actualisés et est destinée à remplacer la Dixième Révision, adoptée il y a plus de 28 ans et désormais cliniquement obsolète.

La nouvelle structure de codage offre aussi une plus grande souplesse d'application que les versions antérieures, et l'état de santé peut être présenté de façon plus ou moins détaillée en associant des codes. Le codage peut être simple ou porter sur des données cliniques complexes.

1.1.2 Un outil numérique

Contrairement aux révisions antérieures de la CIM, il s'agit d'une classification numérique qui comporte des outils et un logiciel pour décrire précisément les événements de santé. Elle est conçue pour être intégrée aux systèmes d'information sanitaire locaux, au lieu de créer une couche administrative supplémentaire. Elle peut être utilisée en ligne ou hors ligne, par exemple lorsque la connexion Internet est moins stable. Les principales fonctionnalités et le support sont assurés par une API (interface multilingue de programmation d'applications) prête à l'emploi. Compatible avec les systèmes de santé numérique ou de cybersanté, la classification est interopérable avec les systèmes d'information sanitaire. Une fois intégrée aux infrastructures informatiques locales, elle devient aussi un système de collecte de données : plutôt que de passer par plusieurs étapes de transcription à partir du support papier, on se sert du navigateur pour produire un code correct qui pourra être ensuite directement enregistré. Il n'est plus nécessaire de rechercher ou de mémoriser des codes : lorsqu'il saisit un terme dans l'outil de codage, le clinicien ou le codeur est redirigé vers le code CIM correct.

La principale innovation structurelle de la CIM-11 est son « contenu de base », une base de données ontologique sous-jacente contenant l'ensemble des entités de la CIM : maladies, troubles, traumatismes, symptômes, etc., allant de domaines très larges à des domaines très spécifiques. Ce contenu est l'équivalent de la table analytique et de l'index alphabétique de la CIM-10. Le contenu de base est structuré de façon standardisée afin de faciliter la collecte de données sur le lieu de soins ; il fournit aussi une terminologie pour les maladies et les problèmes de santé connexes ainsi que les structures nécessaires à une intégration dans les systèmes d'information sanitaire numériques.

Un modèle de contenu est un cadre structuré définissant chaque entité de la CIM de façon standardisée, sur lequel les entités de la CIM peuvent s'appuyer pour l'informatisation. Les éléments utilisés par d'autres membres de Famille OMS des classifications ont été harmonisés ou mis en rapport, afin d'améliorer la cohérence lorsque possible, tout comme d'autres classifications et terminologies. La classification statistique classique de la mortalité et de la morbidité figure dans le contenu de base de la CIM-11 sous la forme d'une table analytique. Des codes d'extension sont utilisés pour limiter le volume de contenu tout en permettant de décrire dans le détail les entités correspondant aux maladies.

1.2 Avantages de la CIM-11

1.2.1 Connaissances scientifiques actualisées

La médecine est une science appliquée en évolution permanente, qui intègre les nouvelles technologies à un rythme sans précédent. Par conséquent, la CIM doit pouvoir refléter ces changements et rendre précisément compte des données cliniques de terrain.

Entre sa première édition en 1900 et sa Dixième Révision, en 2016, la liste de la CIM est passée de 179 à **plus de 12 000 catégories**, ce qui témoigne de la formidable évolution des connaissances et des technologies médicales. La Onzième Révision comporte plus de 55 000 entités uniques, et plus de 120 000 termes reflétant les dernières connaissances scientifiques et les pratiques et concepts de diagnostic actuels. Ces entités pointent vers quelque 17 000 catégories. Grâce à la souplesse et à la fiabilité de la CIM-11, les informations sanitaires produites peuvent avoir un vaste éventail d'applications, notamment pour : améliorer les résultats thérapeutiques, la sécurité des patients et l'analyse de la qualité ; établir des rapports sur la santé de la population ; dispenser des soins intégrés ; assurer la planification stratégique et la prestation de soins de santé. Sa structure ontologique permet de coder des millions de termes cliniques en combinant les catégories et les entités mentionnées ci-dessus et en préservant l'intégrité pour une agréger efficacement les données aux fins des différents usages de la CIM.

1.2.2 Améliorations et ajouts

Dans le cadre de l'examen global et de la refonte du contenu et de la structure de la CIM, l'équipe de la CIM au Siège de l'OMS a reçu plus de 10 000 propositions de révision pour la CIM-11 et les agents de santé ont participé de manière inédite aux travaux en prenant part aux réunions collaboratives et à l'élaboration des propositions. Voici quelques-uns des principaux domaines et concepts qui ont été élaborés et figurent dans la CIM-11 :

- de nouveaux concepts de soins de santé primaires ont été mis au point en vue de leur application dans un contexte de diagnostic simple ;
- une section consacrée au recueil d'informations sur les événements relatifs à la santé des patients a été intégralement remaniée et systématiquement testée. Elle offre le degré de détail nécessaire et est conforme au cadre de l'OMS sur la sécurité des patients ;
- un codage de la résistance aux antimicrobiens est désormais possible, alors que ce n'était pas le cas avec la CIM-10, ce qui permet de collecter et d'analyser des données conformément au Système mondial de surveillance de la résistance aux antimicrobiens (GLASS) ;
- le codage du VIH a été actualisé en ajoutant de nouvelles subdivisions, en supprimant les informations obsolètes et en ajoutant des codes spécifiques pour le VIH lorsqu'il s'agit d'une co-infection avec le paludisme ou la tuberculose ;
- une nouvelle section a été ajoutée sur l'évaluation du fonctionnement. Elle permet de suivre l'évolution de l'état fonctionnel en le consignait avant et après l'intervention, et de calculer un score synthétique du fonctionnement au moyen du système OMS d'évaluation des incapacités 2.0 (WHODAS 2.0) ou de l'enquête modèle OMS sur le handicap (par domaine et globalement) ;
- en collaboration avec plusieurs partenaires, dont OrphaNet, toutes les maladies rares ont été intégrées à la CIM-11. Seules quelques-unes sont dotées d'un code individuel, mais toutes ont leur propre identifiant uniforme de ressource (URI), ce qui donne la possibilité d'établir des registres sur les maladies rares et, pour les chercheurs, de consulter des données épidémiologiques détaillées sur les affections qui les intéressent ;
- l'utilisation de l'URI facilite les liens avec les autres produits et nomenclatures pour l'échange d'informations ;
- la médecine traditionnelle fait partie intégrante des services de santé prodigués dans de nombreux pays tels que la Chine, l'Inde, le Japon et la République de Corée. Elle n'a jamais reposé sur une classification standardisée, et les autorités sanitaires n'ont jamais pu en effectuer un suivi ni établir de comparaisons internationales ou régionales. Un nouveau chapitre

sur la médecine traditionnelle fournit des descriptions standardisées pour la collecte de données et donne la possibilité d'effectuer un suivi dans les pays au moyen d'un double système d'enregistrement associant médecine traditionnelle et médecine courante et d'établir des comparaisons internationales.

1.2.3 Facilité d'utilisation

Les nouvelles infrastructures technologiques de la CIM-11 facilitent le codage. Grâce à la structure numérique, l'outil de codage peut être intégré aux systèmes informatiques et d'archivage numérique locaux, au moyen d'une version locale ou en ligne du système fourni par l'OMS (l'interface de programmation d'applications ou API). Les cliniciens peuvent effectuer une recherche de diagnostic en utilisant la langue courante ou la terminologie spécialisée, le code technique adéquat leur étant alors suggéré sans qu'ils aient à le mémoriser. L'intégration de l'outil aux systèmes d'archivage numérique existants associe enregistrement et codage, ce qui réduit le nombre d'étapes nécessaires pour recueillir des informations complètes et renforce la bonne application par les utilisateurs. Elle permet aussi de réduire les coûts et les durées de formation.

Le noyau ontologique de la CIM-11 peut être rapidement élargi à de nouveaux termes, synonymes et concepts, ou pour améliorer les orientations à l'intention des utilisateurs, dans toutes les versions linguistiques. Les versions sur mesure facilitent l'emploi de la classification dans les services spécialisés, par exemple dans le domaine de la santé mentale. Lorsqu'une documentation papier est utilisée, une version imprimée de l'index ou des sous-ensembles concernés permet de consulter rapidement le code.

1.2.4 Des applications multiples pour répondre aux priorités du système de santé

Historiquement, la CIM était destinée à l'enregistrement des données de mortalité, mais depuis sa Sixième Révision, elle est progressivement utilisée pour les données de morbidité. Cela tient à la nécessité croissante de disposer de telles données pour améliorer la santé publique pour toute une série d'applications incluant :

- la notification internationale des statistiques de mortalité et de morbidité ;
- la notification des soins de santé primaires, à tous les niveaux de ressources ;
- l'épidémiologie et la santé de la population ;
- la recherche ;
- les performances des systèmes de santé ;
- la sécurité des patients et la qualité des soins ; et
- le financement en fonction du regroupement des cas (*casemix*) ou des activités.

relatif à la maladie

Les révisions antérieures de la CIM ont apporté des réponses à ces besoins au cas par cas, et apparaissent donc d'utilité limitée, insuffisamment souples, voire impossibles à appliquer compte tenu de leur caractère obsolète. Au contraire, la CIM-11 a été élaborée dès le départ pour ces usages et une collecte fiable de données de morbidité de la meilleure qualité possible.

La CIM-11 donne la possibilité de recueillir des données plus ou moins détaillées selon les besoins en matière de pratique clinique et de recherche. Ainsi, les informations produites peuvent être très génériques ou très détaillées, selon qu'elles sont établies à des fins épidémiologiques, pour le regroupement des cas (*casemix*) ou pour d'autres objectifs de gestion. Elle associe les codes souches de la classification centrale et ajoute des codes optionnels, ou « codes d'extension », par exemple pour l'anatomie, l'histopathologie, les médicaments, la sévérité ou les traumatismes.

1.2.5 La CIM-11 et ses composantes

1.2.5.1 Interface de navigation de la CIM-11

L'interface de navigation sur le Web permet à l'utilisateur de retrouver des concepts en recherchant des termes diagnostiques, des éléments d'anatomie ou toute autre dimension de la Onzième Révision de la CIM. Ce navigateur inclut une aide contextuelle qui apparaît en cliquant sur l'icône figurant dans différentes parties de l'application. Il permet aussi aux utilisateurs de contribuer à la mise à jour et à l'amélioration continue de la CIM au moyen d'une plateforme de propositions. Ces contributions sont passées en revue chaque année en vue de leur intégration.

1.2.5.2 Outil de codage de la CIM-11

Lorsque l'utilisateur saisit un terme, par exemple « néoplasme », l'outil de codage recherche le contenu correspondant de la CIM puis produit (et actualise de manière dynamique) trois différents ensembles de données : une liste de mots, les entités correspondant à la recherche (assorties d'un lien vers le navigateur) et les chapitres associés au terme cible.

1.2.5.3 Contenu de base – Index, orientations

Le terme « contenu de base » désigne le répertoire sous-jacent (une base de données) de l'ensemble des entités de la CIM. Ces entités recouvrent les maladies, les troubles, les traumatismes, les causes externes de traumatisme, les signes et les symptômes, et les liens entre ces éléments. Elles peuvent être très larges ou plus détaillées et ne sont pas nécessairement mutuellement exclusives, mais toutes sont pleinement définies. Le contenu de base représente l'intégralité de l'univers de la CIM, et la table analytique et l'index alphabétique en découlent. Il est structuré de manière standardisée afin de faciliter la collecte de données sur le lieu de soins. À cette fin, il héberge le contenu et la terminologie pour les maladies et les problèmes

de santé connexes, ainsi que les structures nécessaires pour intégration dans les systèmes numériques d'information sanitaire.

1.2.5.4 **Linéarisation des statistiques de mortalité et de morbidité**

Le contenu de base permet d'établir les sous-ensembles qui servent eux-mêmes à dresser des listes pour la mise en tableaux aux fins des statistiques de mortalité et de morbidité ; il sert aussi à établir l'ensemble des versions de spécialité de la CIM (par exemple celles utilisées pour les troubles mentaux et comportementaux et pour les maladies infectieuses).

Les linéarisations sont analogues à celles des versions imprimées classiques de la table analytique de la CIM (voir, par exemple, le volume I de la CIM-10 ou d'autres éditions antérieures) et peuvent être adaptées en fonction du degré de précision recherché, des cas d'utilisation ou selon qu'elles servent aux soins de santé primaires, aux soins cliniques ou à la recherche. Comme les linéarisations sont toujours tirées du contenu de base numérique, la CIM est utilisée d'une manière toujours cohérente.

1.2.5.5 **L'outil de traduction**

Partie intégrante de la plateforme de maintenance, l'outil de traduction permet aux centres d'utilisateurs de certaines langues d'établir des traductions fidèles à la version originale. L'outil notifie également les changements effectués aux autres traducteurs enregistrés et met à disposition le même ensemble de produits dans plusieurs langues. Conformément aux prescriptions sur l'utilisation de l'outil, les utilisateurs doivent être immatriculés auprès du Siège de l'OMS, à des fins de transparence et de contrôle. Au moment de la rédaction de ce document, c'est en espagnol, puis en chinois, que les travaux de traduction sont les plus avancés (sachant qu'ils ont débuté dans plusieurs autres langues).

1.2.5.6 **Interface de programmation d'applications (services d'API)**

L'API de la CIM⁵ offre un accès programmatique à la Classification internationale des maladies (CIM). Les utilisateurs doivent d'abord s'enregistrer sur le site où ils pourront consulter une documentation à jour sur l'utilisation de l'API et gérer leurs codes d'accès.

1.2.6 **Compatibilité avec les systèmes de santé numérique ou de cybersanté et interopérabilité avec les systèmes d'information sanitaire**

Le contenu de base de la CIM-11 donne la possibilité de collecter les données de manière standardisée, sur le lieu de soins. Il héberge des informations correspondant globalement à la table analytique et à l'index alphabétique de la CIM-10, la terminologie des maladies et des problèmes de santé connexes, et les structures nécessaires pour l'intégration aux systèmes d'information sanitaire numériques.

⁵ Disponible à l'adresse <https://icd.who.int/icdapi>.

Chaque entité de la CIM-11 possède une identité exclusive liée à un identifiant uniforme de ressource et à un système dorsal de services Web pour consulter facilement une version actualisée de la classification. L'utilisation d'identifiants uniformes de ressources facilite aussi les liens vers les terminologies externes. L'identifiant uniforme de ressource reste lié à une entité unique, indépendamment des mises à jour subséquentes.

La CIM-11 a été mise au point pour faciliter le codage et en améliorer la précision, du point de vue de la classification et du point de vue informatique, grâce à toute une série de fonctionnalités incluant notamment :

- un outil d'évaluation de la mise en œuvre et de **formation pour le codage** des termes de diagnostic de la CIM-11 et de la CIM-10, dans plusieurs langues ;
- des services Web proposant des fonctionnalités complètes de recherche et de codage dans n'importe quel logiciel ;
- des services en ligne pour utiliser la CIM-11 sans avoir besoin de logiciels locaux ;
- des services hors ligne offrant les mêmes fonctionnalités que les services Web, à télécharger pour utilisation sur des ordinateurs locaux ou en réseau (des mises à jour régulières peuvent être effectuées sur Internet) ;
- des outils de production de fichiers dans des formats adaptés aux besoins de l'utilisateur (par exemple valeurs séparées par des virgules (CSV), langage de balisage de la classification (ClAML), interface de programmation d'applications (API), etc., en fonction des besoins) ;
- des tableaux de transition (mappage) pour visualiser la classification des maladies au format de la CIM-10 et pour convertir les données aux fins de la comparaison avec la CIM-11 ;
- un outil de proposition et de commentaires pour faire des suggestions et participer aux discussions ;
- des paramètres pour la notification des changements mis en œuvre.

1.2.7 Liens avec les autres classifications et terminologies

La CIM-11 intègre les classifications et terminologies suivantes dans son contenu de base, ou y est reliée :

- Classification internationale des maladies pour l'oncologie (CIM-O) ;
- Classification internationale des causes externes de traumatismes (CICET) ;
- Classification internationale du fonctionnement, du handicap et de la santé (CIF) ;
- Classification internationale des soins de santé primaires (CISP) ;
- autres terminologies, par exemple OrphaNet et SNOMED Clinical Terms®.

Concernant l'intégration des classifications connexes à la CIM-11, citons les liens existants entre la Classification internationale du fonctionnement, du handicap et de la santé, la section sur le fonctionnement et les différentes catégories du chapitre 24 (Facteurs influant sur l'état de santé et motifs de recours aux services de santé). Ces outils permettent de décrire le fonctionnement d'un sujet dans la vie quotidienne au moyen d'une série de questions et d'un score synthétique.

L'Organisation mondiale des médecins de famille (WONCA⁶) et l'OMS ont collaboré afin de combler les lacunes des révisions précédentes de la CIM en matière de soins de santé primaires et de médecine familiale. Les nouvelles versions de la Classification internationale pour la sécurité des patients de l'Organisation mondiale des médecins de famille devraient avoir plusieurs catégories en commun avec la CIM-11. Il devrait donc désormais être possible d'établir des comparaisons intersectorielles quand différents systèmes sont utilisés, par exemple dans les domaines de la médecine familiale, des soins de santé primaires et des soins hospitaliers secondaires.

1.2.8 **Maintenance de la CIM**

Tous les systèmes de classification doivent être systématiquement tenus à jour afin de répondre aux besoins des usagers en matière de contenu et de terminologie. La CIM-11 a été mise au point en sachant que les sciences médicales sont un domaine en évolution constante et rapide et dans le but d'assurer la cohérence sur le plan international.

1.2.8.1 **Supervision du processus de maintenance**

La maintenance de la CIM-11 est une activité menée de manière ouverte, en toute transparence, par l'OMS en collaboration avec le réseau de la Famille OMS des classifications internationales. Le réseau de la Famille OMS est principalement composé de représentants de pays qui supervisent les activités de classification au sein de leurs pays.

La maintenance comprend la supervision et la fourniture de services d'experts par les organes consultatifs créés au cours du processus de révision de la CIM-11, notamment le comité consultatif de la classification et de la statistique, dont les travaux s'appuient sur ceux du comité consultatif médical et scientifique, du Groupe de référence sur la mortalité et du Groupe de référence sur la morbidité. Le comité consultatif de la classification et de la statistique, lorsqu'il passe en revue les propositions soumises à la CIM-11, sollicite également, lorsque nécessaire, l'avis et l'expertise d'autres groupes reconnus hautement spécialisés.

⁶ World Organization of National Colleges, Academies and Academic Associations of General Practitioners/Family Physicians.

En sa qualité de principal comité consultatif de la CIM-11 auprès de l'OMS, le comité consultatif de la classification et de la statistique donne également des conseils sur la mise à jour d'autres classifications de l'OMS, en particulier la Classification internationale du fonctionnement, du handicap et de la santé et la Classification internationale des interventions sanitaires.

Le Groupe de référence sur la mortalité et le Groupe de référence sur la morbidité sont composés de membres du réseau de la Famille OMS, qui préparent et dispensent des avis sur les propositions. Ces groupes de référence conseillent le comité consultatif de la classification et de la statistique concernant la tenue à jour de la CIM, dans le domaine de la classification et du codage de la mortalité et de la morbidité.

Le comité consultatif médical et scientifique est composé d'environ 18 experts scientifiques de différentes disciplines. Il conseille le comité consultatif de la classification et de la statistique sur le contenu médical et scientifique de la CIM-11.

1.2.8.2 Plateforme de propositions

La maintenance et l'actualisation vont se poursuivre selon le modèle utilisé pendant l'élaboration de la CIM-11, lorsque les contributions à la CIM devaient passer par une plateforme Web permanente de propositions. Celle-ci sera désormais utilisée pour mettre à jour la Onzième Révision pendant toute sa durée d'existence. Ce mécanisme présente plusieurs avantages :

- il est ouvert à toutes les parties intéressées, qui peuvent formuler des propositions et visualiser et commenter les contributions des autres ;
- la plateforme peut être consultée toute l'année plutôt qu'à des dates fixes ;
- un processus de mise à jour numérique peut être mis en place pour améliorer la qualité des discussions et passer en revue les processus ;
- les éléments définitivement intégrés à la classification sont présentés en format numérique et peuvent être convertis en un format adapté à l'impression ;
- ce système offre une plateforme unique de traduction vers de nombreuses langues différentes, élargissant le champ des utilisateurs bien au-delà des seuls locuteurs anglophones et mettant à disposition des formats adaptés à toutes les langues ;
- tous les pays ont à gagner d'utiliser la plateforme pour proposer leurs apports à la classification internationale ; cet outil facilite la diffusion de données d'experts par les États Membres et la mise en commun de données d'expérience pratiques.

1.2.8.3 Mise à jour

L'utilisation de la CIM dans les systèmes nationaux peut révéler la nécessité d'ajouter à la classification des informations nationales spécifiques, par exemple lorsque le système de remboursement comporte des critères particuliers. Ces changements et mises à jour sont soumis au même processus international que toutes les autres modifications apportées à la CIM, afin d'éviter que des modifications différentes soient apportées selon les régions et de préserver l'unicité du système de classification international. Les ajouts seront en principe intégrés au contenu de base, idéalement avant leur mise en œuvre dans le pays qui en est à l'origine.

Les pays devront peut-être élaborer des normes ou des lignes directrices concernant la façon dont ils pourront utiliser certaines caractéristiques de la CIM-11 pour assurer la cohérence du codage et de la notification en matière de mortalité et de morbidité (y compris pour les soins primaires), au niveau national et international.

Des informations plus approfondies et détaillées concernant l'ensemble des processus, des structures et du contenu figurent dans le Guide de référence de la CIM-11.

Partie 2 La transition vers la CIM-11

En concevant la CIM-11, l'OMS a eu pour objectif de produire une classification actualisée qui soit le reflet des pratiques actuelles et qui, en outre, permette de saisir les concepts relatifs à la santé d'une manière qui soit compatible avec les systèmes d'information contemporains. La classification des problèmes de santé avec une plus grande précision permet d'enrichir les informations produites en vue d'une utilisation pour les initiatives sanitaires dans la population.

Même si la transition vers un nouveau système de classification ne va pas sans difficulté et une éventuelle réticence face au changement, les avantages à plus long terme résident dans la capacité à identifier les évolutions à l'échelle macroéconomique, à repérer les tendances, et à réduire les frais généraux dans les établissements de soins. En s'engageant dans la transition suffisamment tôt, en particulier pour la phase pilote et la phase de test, les organisations de soins de santé seront en mesure de mieux identifier les problèmes ou les besoins locaux, d'anticiper les dérèglements et de concevoir des approches pour gérer le changement.

Partie 2 Mise en œuvre ou transition à partir de systèmes existants de la CIM

Les pays où un système de classification relevant de la CIM-10 (et ses modifications ou versions antérieures) est en place sont des pays ayant des acquis en termes de classification ou l'expérience d'un système de classification. La période de temps et les processus requis pour passer à la CIM-11 pour la classification et la collecte des données constituent la période de transition. Il est prévu que cette période dure de deux à trois ans, depuis le lancement de la CIM-11 jusqu'à sa mise en œuvre finale en tant que premier système. Toutefois, il est essentiel de reconnaître que cette période variera, en fonction de l'infrastructure et des systèmes de santé locaux, et des besoins de traduction et en personnel.

Les pays qui n'ont pas l'expérience d'un système de classification peuvent faire le choix d'une mise en œuvre accélérée de la CIM-11, du fait d'un besoin réduit d'alignement sur les infrastructures existantes ou de remplacement de celles-ci.

2.1 Considérations liées à la mise en œuvre de la CIM-11

2.1.1 Codage de la mortalité

Les données de mortalité sont notifiées sous une forme standardisée au niveau international depuis de nombreuses années. Pour poursuivre en ce sens tout en assurant la transition vers la CIM-11, une série de mesures essentielles mais

relativement simples sont nécessaires. L'obligation minimale de notification au titre de la CIM-11 pour la mortalité se fera au niveau des codes souches.

Une coopération internationale s'est développée autour de l'utilisation de la CIM pour les données de mortalité, prescription minimale en matière de notification des données sanitaires à l'OMS par les pays. Certains pays utilisent actuellement un soutien automatisé pour le codage et la sélection de la cause de décès – le système de codage de la cause de décès Iris (basé sur la CIM) par exemple – pour identifier et signaler la cause initiale de décès, permettant ainsi la comparaison internationale des données de mortalité.

D'autres pays s'appuient sur la liste de mortalité simplifiée de la CIM-10 (SMoL) pour le codage et la sélection simplifiés de la cause initiale de décès.

Certains pays, au nombre desquels l'Allemagne, l'Australie et les États-Unis d'Amérique, ont mis au point avec succès des processus de transition de la CIM-9 à la CIM-10 pour le codage de la mortalité, et leur expérience peut être utile pour la transition d'autres pays. La coopération internationale pour la CIM-11, visant à aider les pays à s'approprier le processus, a débuté avec la mise à jour des tables de décision et des règles de codage de la mortalité par le Groupe de référence sur la mortalité de l'OMS.

La transition à partir d'environnements utilisant actuellement la liste de mortalité simplifiée de la CIM-10 (SMoL) repose sur la certification médicale de la cause de décès par l'intermédiaire d'un logiciel (DHIS2) où les données notifiées sont enregistrées en utilisant les termes exacts rapportés par le médecin. Aussi, la transition vers la CIM-11 peut se faire aisément à tout moment, sans avoir un impact sur la saisie des données.

Il convient de noter que pour les environnements où, exceptionnellement, l'autopsie verbale est utilisée pour évaluer la cause de décès, une liste de causes correspondant à la CIM-11 est mise à disposition par l'OMS, pour être utilisée avec l'instrument d'autopsie verbale de l'OMS.

2.1.2 Codage de la morbidité

Contrairement à la mortalité, le codage de la morbidité a évolué au niveau national de différentes manières, en réponse aux besoins émergents et aux pratiques locales de prestation de soins. Par conséquent, la transition vers la CIM-11 pour les pays utilisant un système de classification nécessitera une approche adaptée de manière plus précise pour tenir compte des différences dans la notification, les règles et le codage, et pour aller vers un produit cohérent au niveau international. D'autres méthodes spécifiques de transition seront nécessaires lorsque les modifications de la

CIM-10 ou d'autres systèmes de classification sont utilisés, dans les soins de santé primaires ou des environnements spécialisés différents, par exemple.

Même si les dispositions pour les notifications concernant la morbidité internationale à l'OMS ne sont pas entièrement arrêtées, le fondement de la règle en matière de morbidité a été modifié compte tenu de l'expérience acquise avec la CIM-10. Pour la morbidité, l'obligation minimale sera la notification des codes souches de la CIM-11, ainsi qu'une description de la principale affection (comme il est indiqué dans le Guide de référence). Dans l'idéal, il conviendrait que la notification internationale évolue pour inclure une notification plus détaillée des affections, au-delà du code souche, au fur et à mesure que se réalise tout le potentiel en termes de statistiques du riche contenu de la CIM-11. Il est possible de construire des systèmes de regroupement des cas (*casemix*) cohérents ou pouvant être reliés sur le plan international si les systèmes de classification nationaux suivent les règles de codage des diagnostics normalisées au niveau international.

Une large utilisation de la CIM-11 pour la collecte des données de morbidité peut être la pierre angulaire du développement international conjoint d'outils d'analyse et de notification, par exemple pour contribuer à l'évaluation de la sécurité des patients et de la qualité des soins.

La CIM-11 a été conçue pour être suffisamment flexible et évolutive en vue du codage de la morbidité, afin de prévenir le besoin de modifications au niveau national. Il est prévu que les études sur le double codage entreprises pendant la transition mettent en lumière cet aspect et permettent de vérifier l'exhaustivité de la CIM-11 (voir « Études sur le double codage » plus bas dans le présent document). Tout besoin d'adaptation de la classification identifié au niveau local doit être signalé par l'intermédiaire de la plateforme de proposition de la CIM-11, afin de préserver l'homogénéité internationale dans la notification.

Dans certains environnements spécifiques, on pourra faire le choix de tirer parti du contenu unique de la CIM-11 et de l'appliquer aux systèmes de notification relatifs à la sécurité des patients ou à la médecine traditionnelle, ou de l'utiliser pour donner des conseils en matière de diagnostic dans le domaine de la santé mentale.

2.2 Le rôle des premiers pays adoptant la CIM-11 et les essais pilotes

Certains pays ont déjà engagé la transition vers la CIM-11. Par exemple, en 2017, l'Organisation panaméricaine de la Santé (OPS) a mené à bien, en collaboration avec l'OMS, une série d'autoévaluations systématiques pour 15 pays, afin d'identifier les besoins en matière de classification et d'évaluer l'état de la transition entre la CIM-10 et la CIM-11 à ce moment-là. Ces analyses ont été affinées lors de plusieurs ateliers organisés avec d'autres Régions. Les résultats ont été regroupés et sont présentés à

l'appendice 3.1 du présent document. Même s'il s'agit là d'un excellent point de départ pour commencer à planifier la mise en œuvre, il est recommandé à tous les pays de procéder à leur propre évaluation.

Des essais pilotes centralisés de la CIM-11 ont été menés dans toutes les Régions au moyen de la version anglaise de l'interface de navigation et des matériels pédagogiques de la CIM-11, notamment des scénarios de codage, et un essai général sur le terrain et une évaluation de la CIM-11 dans d'autres pays du monde ont également eu lieu. Des résultats ont ainsi été obtenus de 28 pays, avec 61 065 attributions de codes et des observations en retour transmises par 600 participants qui ont évalué le système. Ces résultats ont à leur tour été utilisés pour affiner la structure et le contenu de la CIM-11 et pourront être utiles à d'autres, les informant de leurs besoins en vue de la transition.

Depuis le début de 2019, les pays pionniers ont commencé à mettre en œuvre la CIM-11 dans toutes les Régions.

2.3 Participation et accord des parties prenantes

La collaboration avec les parties prenantes a été lancée par l'OMS dans d'autres secteurs, l'accent étant mis initialement sur la diffusion des informations concernant la CIM-11, l'offre d'une expérience pratique de l'utilisation de l'interface de navigation et du codage, et sur l'évaluation des coûts et des avantages de la transition. Des ateliers de formation spécialisés pour l'utilisation de la CIM-11 ont été tenus dans toutes les Régions de l'OMS, et un soutien individuel sera régulièrement fourni pour faciliter la mise en œuvre dans les États Membres.

Au niveau des pays ou des zones géographiques, la collaboration avec les parties prenantes doit être engagée par les parties responsables au niveau national, en tant que point de départ de la transition, et guidée à tous les niveaux de la mise en œuvre. Cela suppose qu'il est indispensable de collaborer de manière approfondie avec les codeurs, le personnel clinique, les fournisseurs potentiels, mais aussi avec d'autres pays où la mise en œuvre est déjà en cours.

2.4 Principales mesures recommandées

La transition vers un nouveau système requiert une planification attentive et doit de préférence s'inscrire dans le cadre de la gestion d'un projet. Étant donné que la responsabilité de la gestion des données relevant de la CIM-11 et de l'administration hospitalière au niveau national varie de manière significative d'un pays à l'autre, il n'est pas possible de préconiser une approche standard pour chaque situation. Toutefois, la section ci-après présente des recommandations à prendre en compte pour la transition vers la CIM-11, pour éliminer progressivement l'ancien système et appliquer le nouveau.

2.4.1 Création d'un centre d'excellence national

La création d'un centre d'excellence national est fortement recommandée pour assurer la coordination et un leadership ciblé. Le centre pourrait, par exemple, s'appuyer sur les centres collaborateurs de l'OMS existants, et intégrer du personnel provenant des organismes et des domaines de compétences concernés. Un centre national offre une certaine visibilité et transparence au processus au niveau national, et permet de centraliser les efforts. La collaboration des parties prenantes doit être coordonnée à partir de ce centre, pour faciliter le partage des informations sur la mise en œuvre, et les avancées, avec toutes les parties et organisations concernées.

2.4.2 Maintien du système existant pendant la transition

Le maintien de la classification actuelle pendant une période déterminée – permettant un chevauchement d'au moins 18 mois avec l'utilisation du nouveau système – est encouragé, jusqu'à ce que la pleine mise en œuvre de la Onzième Révision dans les infrastructures et les systèmes locaux ait été menée à bien.

Ce maintien présente plusieurs avantages importants :

- la stabilité de la notification, et par conséquent la continuité des données pendant le passage d'une classification à l'autre ;
- la possibilité d'entreprendre des études sur la transition et d'évaluer l'impact sur les statistiques longitudinales moyennant l'analyse des données ;
- la saisie de données pour des études sur le double codage (voir ci-dessous) qui peuvent aussi donner des informations sur les besoins d'évolution du personnel ;
- un codage de transition et des correspondances entre les révisions et modifications des pays pour assurer une cohérence avec l'analyse des séries chronologiques, les systèmes de regroupement des cas (*casemix*), les programmes d'attribution des ressources et l'analyse de la stabilité, pour identifier les domaines de divergence où une plus grande spécificité peut être requise dans la CIM-11 ;
- la détection des erreurs ou des problèmes dans la transition et la mise en œuvre, l'identification des problèmes liés aux utilisateurs ;
- la continuité des codeurs formés au cours de la transition, avec la possibilité d'apprendre à connaître le nouveau système et pour les nouveaux codeurs de se perfectionner ;
- l'évaluation des besoins de formation pour les directeurs, les médecins, le personnel chargé des données et les autres parties concernées.

2.4.3 Gestion du projet et planification stratégique

Il est souhaitable qu'un gestionnaire de projet et une équipe centrale spécifiques désignent des personnes clés et des décideurs pour chaque aspect du projet de

transition. Cette équipe est responsable de la planification et de la supervision attentives et inclusives du projet et elle est chargée de déterminer le degré de préparation et de fixer les priorités à la suite de l'autoévaluation. Il est conseillé de gérer la transition en prévoyant une phase de prétransition, une phase de mise en œuvre et une phase post-mise en œuvre clairement structurées.

Un plan stratégique précise les objectifs de la mise en œuvre et les étapes nécessaires pour atteindre ces objectifs, y compris l'attribution des ressources pour chaque étape. Il doit s'appuyer sur une démarche collaborative intégrant les observations en retour des parties prenantes et des études visant à déterminer les besoins locaux et les estimations des coûts. Le document ainsi obtenu doit inclure un calendrier allant de la transition à la mise en œuvre.

La planification stratégique repose sur les besoins et les analyses coûts-avantages des approches possibles de la mise en œuvre ; elle intègre une planification budgétaire de toutes les composantes et des besoins en personnel. Elle doit aussi permettre à l'équipe du projet de savoir si les conditions et les critères requis pour une transition réussie sont en place et si certains écueils peuvent être évités.

Lorsqu'il existe de graves obstacles à la transition, l'équipe du projet fixe aussi des priorités pour une mise en œuvre initiale minimale, et des délais pour le déploiement de la mise en œuvre intégrale.

2.4.4 Autoévaluation

L'autoévaluation est un aspect fondamental de toute planification de la transition, et sans doute d'autant plus lorsqu'il s'agit de passer de systèmes « papier » à l'environnement entièrement numérique de la CIM-11. L'autoévaluation permet aux chefs de projet de dresser un tableau précis de l'ampleur des besoins pour aller de l'avant, d'identifier les obstacles potentiels et de recueillir des informations en vue d'une analyse « avant » et « après ». Elle est essentielle pour définir les besoins budgétaires et en personnel, et pour estimer correctement les délais.

Pour entreprendre une autoévaluation approfondie, il est suggéré d'utiliser, en tant que points de départ, les questions suivantes :

1. Quel est le type d'infrastructure d'information et de notification actuellement disponible ?
 - a. L'actualisation des normes et des lignes directrices nationales en matière de notification est-elle nécessaire ?
 - b. Est-il nécessaire d'adapter ou de créer une infrastructure pour l'intégration des systèmes, le stockage et la notification des données ?
 - c. Disponibilité de matériel informatique et accès à Internet :

- i. Hôpitaux ;
 - ii. Bureaux des médecins ;
 - iii. Autres établissements de soins primaires et communautaires ;
 - iv. Administration locale chargée des données et des statistiques sanitaires ;
 - v. Administration régionale chargée des données et des statistiques sanitaires ;
 - vi. Administration nationale ou centrale chargée des données et des statistiques sanitaires.
- d. Limitations dans l'accès à Internet au niveau des pays pouvant avoir une incidence sur la mise en œuvre, sachant que la CIM-11 peut être disponible hors ligne.
- e. Quel est le délai nécessaire pour que les besoins induits en infrastructure informatique soient satisfaits ?
- f. Quels sont les besoins de traduction dans la langue locale ?
2. Quel est le niveau actuel de mise en œuvre de la CIM et d'utilisation des données codées ?
- a. Préciser : où, pourquoi, par qui et comment est-elle/sont-elles utilisée(s) ?
 - b. Quelle version de la CIM est utilisée et depuis quand ?
3. Que voudriez-vous voir changer dans la CIM-10 (problème passé ou actuel rencontré avec la classification elle-même ou sa mise en œuvre, par exemple) ?
4. Quels sont les besoins en formation pour une mise en œuvre réussie de la CIM-11 ?
5. Quelles nouvelles caractéristiques de la CIM-11 sont susceptibles d'être intéressantes dans votre pays ?
6. Quels sont les avantages potentiels de la mise en œuvre de la CIM-11 ? La possibilité de disposer d'informations statistiques alignées dans l'ensemble du secteur de la santé, incluant la mortalité, les hôpitaux et les soins primaires, figure-t-elle parmi ceux-ci ? La possibilité d'un alignement et de liens plus étroits entre les systèmes d'information clinique et les systèmes statistiques et de regroupement des cas (*casemix*), ou de gestion, figure-t-elle parmi ceux-ci ?
7. Quelles mesures le pays doit-il prendre pour assurer une transition sans heurt entre la CIM-10 et la CIM-11 ?

8. Quelles autres classifications relevant de la Famille OMS des classifications internationales (WHOFIC) ou autres sont-elles actuellement utilisées (CIF, Classification internationale des interventions en santé, par exemple) ?

c. Peut-on envisager de faciliter l'utilisation conjointe des classifications WHOFIC, ou de prévoir une utilisation plus combinée moyennant, par exemple, l'utilisation de la Classification internationale des interventions en santé (ICHI) à l'avenir ?

d. Préciser : les classifications utilisées et où, pourquoi, par qui et comment ?

9. Quel travail doit être fait pour adapter le travail de collecte statistique et de notification dans le pays, et pour permettre les comparaisons statistiques au niveau international ?

10. Quels sont les coûts pour tous les aspects de la transition ?

Certains aspects de l'utilisation de la CIM-11 conduiront-ils à des économies, par comparaison avec l'utilisation de la CIM-10 – par exemple du fait des besoins réduits en modifications locales pour une utilisation concernant la morbidité ?

11. Qui sont les parties prenantes dans le pays, et quels sont les processus de prise de décisions ?

Qui sont les preneurs de décisions pour la mortalité et la morbidité ?

12. Certains aspects de la mise en œuvre peuvent-ils être entrepris en coopération avec d'autres pays pour économiser des ressources et pour viser un alignement et une comparabilité maximaux des futures statistiques ?

13. Quels sont les coûts de sensibilisation et de formation (pour les codeurs cliniques des données de mortalité et de morbidité, les cliniciens et les autres utilisateurs des données, le personnel informatique, la gestion des informations sanitaires ou l'informatique sanitaire et la mise au point de programmes de formation de codeurs cliniques) ;

14. Quels sont les impacts sur le regroupement des cas (*casemix*) ou les classifications de financement basées sur les activités, et sur les coûts ou la tarification.

Comme il est indiqué plus haut, un résumé des autoévaluations entreprises en 2018 par les pays est présenté à l'appendice 3.1 du présent document.

2.4.5 Correspondances (mappage) et comparabilité

Le terme « correspondance » fait référence au processus qui consiste à trouver des codes équivalents dans deux versions révisées différentes d'une classification (ou éditions de la même classification) pour permettre aux utilisateurs de données d'interpréter les données enregistrées dans diverses classifications, par exemple dans les études longitudinales. Les correspondances sont particulièrement importantes

pour l'analyse des données chronologiques et le regroupement des données au moyen d'un logiciel de regroupement des cas (*casemix*) ou de regroupement en fonction du diagnostic (DRG software), chaque version de la CIM comprenant un ensemble spécifique de codes pour les maladies ou les interventions. Le groupage selon le système DRG devra peut-être être revu pour décider du codage de groupe à utiliser au sein du logiciel DRG, ou de la nécessité d'un dégroupage des codes de groupes.

Il existe deux principaux types de correspondances : tournés vers l'aval ou vers l'amont. Dans les deux types de correspondances, les codes attribués peuvent être des concordances « historiques » ou « logiques ».

- Une correspondance « en aval » utilise des codes issus d'une précédente classification pour assurer la concordance avec les codes correspondants d'une classification ultérieure. Les correspondances « en aval » sont utilisées pour regrouper les anciennes données en utilisant un nouveau logiciel de groupage, et pour comparer les rapports de mortalité ou l'utilisation des services de santé au cours du temps.
- Une correspondance « en amont » utilise des codes issus d'une classification en cours d'utilisation pour assurer la concordance avec les codes d'une classification antérieure, afin d'utiliser une version précédente du logiciel de groupage ou de procéder à une analyse chronologique.
- Les correspondances historiques font référence au choix de codes qui permettent le codage et la désignation clinique les plus appropriés. Du fait des changements intervenus entre les différentes révisions de la classification, il peut s'agir d'un ou de plusieurs codes. Les correspondances historiques à des fins générales sont utiles pour les applications de correspondances à grande échelle mais il convient d'évaluer leur utilité au cas par cas pour des sous-ensembles spécifiques de données ou pour une analyse à d'autres fins.
- Les correspondances logiques (ou à des fins particulières) peuvent être établies à des fins de regroupement des cas (*casemix*). Dans ce cas, chaque code est relié au code le plus similaire cliniquement qui permet l'affectation appropriée selon le système DRG.

Les correspondances entraînent une perte relative d'informations puisque la précision des codes de la CIM varie d'une révision à l'autre, en fonction de l'évolution de la compréhension scientifique et des changements dans la classification qui en résultent : les données mises en correspondance de la CIM-10 à la CIM-11 ne seront pas exactement équivalentes aux données initialement signalées dans la CIM-10. Par exemple, le code pour « Tumeur maligne du sein » est classé dans la CIM-10 uniquement en fonction de la localisation, tandis que dans la CIM-11, le classement

se fait en fonction de la localisation et en fonction de l'histopathologie. Par conséquent, il convient de se montrer prudent lors de l'interprétation de la collecte des données sanitaires après la mise en œuvre d'une nouvelle révision. Les analyses des tendances temporelles ou régionales, lorsque de multiples systèmes de classification ont été utilisés, doivent assurer le suivi rigoureux de l'état objet de l'étude (par exemple, dans le cadre d'études sur le double codage).

Il est recommandé aux pays effectuant la transition vers la CIM-11 de s'appuyer sur des correspondances de codes pendant une période de deux ans – une démarche importante aux fins du groupage – avant de pouvoir affiner encore davantage leurs systèmes de classification DRG. Aux fins du regroupement des cas, les correspondances doivent être systématiquement revues, ce qui suppose un examen répété des mises en correspondance « en aval » pour veiller à la cohérence au niveau du classement DRG.

Ajustement des systèmes :

- Nécessité de modifier en conséquence les systèmes de classification par regroupement des cas (*casemix*) ou par regroupement en fonction du diagnostic (Diagnosis Related Groups – DRG) utilisés (principalement lorsque les pays utilisent les DRG à des fins de remboursement) ;
- Impacts sur le personnel chargé du codage clinique ;
- Effets sur les systèmes statistiques existants (mortalité, hôpitaux, soins primaires, par exemple) ;
- Éducation/formation du personnel chargé du codage clinique, des cliniciens et des autres utilisateurs et producteurs d'intrants.

2.4.6 Études sur le double codage

Les études sur le double codage supposent la comparaison des données de mortalité ou de morbidité, dérivées du codage des mêmes épisodes dans deux versions de la CIM. Les études sur le double codage peuvent, dans un premier temps, nécessiter davantage de temps et de ressources mais, à plus long terme, ces études peuvent être utilisées pour identifier les variations dans le codage, et pour prévoir l'impact sur le personnel chargé du codage clinique et sur les recettes de l'introduction d'un nouveau système de classification. Les études sur le double codage peuvent aussi fournir des informations sur l'effet des correspondances sur l'analyse chronologique et le regroupement des cas (*casemix*), ainsi que sur le financement et pour l'établissement de facteurs de comparabilité dans le cadre d'une analyse à long terme des tendances.

Les études sur le double codage pour la mortalité ont été facilitées par les dispositions prises en matière de codage automatisé de la mortalité dans de nombreux pays. Ce type de codage n'est pas fréquent pour la notification des

données de morbidité, aussi les études sur le double codage pour la morbidité sont moins simples quoique possibles.

2.4.7 Utilisation de la CIM-11 avec les terminologies et les dossiers médicaux électroniques

La CIM-11 peut être utilisée telle quelle avec les dossiers médicaux électroniques. Aucun autre outil, système ou terminologie n'est nécessaire pour enregistrer l'ensemble du contenu médical d'une manière qui soit utile cliniquement et s'intègre aisément au flux des informations cliniques.

Toutefois, lorsqu'un système enregistre des informations relatives au diagnostic ou apparentées en utilisant une terminologie extérieure (d'une tierce partie), il est possible de mettre sur pied un mécanisme qui assure directement la correspondance ou le lien entre les codes de cette tierce partie et les codes de la CIM-11, pour une utilisation à des fins statistiques ou autres. Il est aussi envisageable que les codes de la CIM-11 puissent être saisis, pour autant que des liens appropriés entre la CIM-11 et la terminologie de la tierce partie aient été mis au point dans le cadre du système local.

La CIM-11 a été conçue pour venir compléter les logiciels et les systèmes informatiques existants à l'appui du dossier médical électronique. Les éléments d'interopérabilité intégrés à la CIM-11 améliorent les possibilités de récupération des données et l'intégration d'autres fonctions, telles que les données pharmaceutiques et de laboratoire. La modification des systèmes logiciels d'information sanitaire est nécessaire pour tenir compte de la nouvelle composition des codes et des mécanismes au sein de la CIM-11. Parmi les changements nécessaires figurent notamment l'adaptation de la nouvelle structure de code de la CIM-11, l'utilisation de l'API de codage (hors ligne ou en ligne ; elle remplace l'index), et dans l'idéal également des caractéristiques pour le regroupement.

2.4.8 Prescriptions techniques et délais pour adapter les systèmes d'information sanitaire, les outils de codage de la mortalité et de la morbidité et les logiciels de regroupement des cas (*casemix*)

La détermination des prescriptions techniques appropriées et des délais variera énormément d'un lieu à l'autre, les infrastructures actuelles, les investissements consentis dans les systèmes de santé et le personnel étant des facteurs contraignants. Il n'est pas possible de fournir un cadre qui puisse convenir à tous, et ces prescriptions doivent être structurées lors de l'autoévaluation et de la planification stratégique propres au lieu qui seront entreprises par les responsables de la mise en œuvre. Les délais nécessaires doivent être déterminés et convenus moyennant des consultations répétées avec le personnel local et régional, et les spécialistes informatiques.

Les systèmes d'information sanitaire existants utilisés pour recueillir des données sur la morbidité et la mortalité devront être modifiés pour intégrer la CIM-11. Ces changements doivent faire intervenir les fournisseurs de ces systèmes (avec lesquels l'OMS a eu des échanges à propos de la CIM-11), et du système Iris, comme il est indiqué plus haut.

Il convient d'accorder une certaine attention au rôle que jouent les liens existants entre la CIM-11 et d'autres terminologies dans la mise en œuvre au niveau local, et à la question de savoir s'il est nécessaire de reproduire les termes ou les groupes existants avant et après la coordination, de façon à favoriser la comparabilité au niveau international. Par exemple, certains pays collectent d'ores et déjà des indicateurs temporels par rapport au « moment du diagnostic » (tels que « présent au moment de l'admission » et « apparu après l'admission ») qui ne font pas partie du système de codage de la CIM, mais la CIM-11 intègre ces indicateurs sous forme de codes d'extension. Toutefois, les pays peuvent choisir de continuer à enregistrer ces indicateurs en dehors du système de la CIM et de les combiner à des fins de notification, plutôt que de les enregistrer dans le cadre de la mise en œuvre du système de la CIM-11.

Il convient aussi de recommander que le logiciel soit programmé pour conserver l'URI des termes, ainsi que le code statistique, dans les dossiers électroniques. Cela permettrait d'être indépendant de toute version quelle qu'elle soit et de conserver l'ensemble des détails cliniques d'origine.

Un autre élément à prendre en compte tient au rôle de l'outil de codage de la CIM-11. Cet outil représente une avancée majeure pour la CIM et une base immédiate pour la mise en œuvre dans de nombreuses situations. Il remplace l'index imprimé en tant que référence pour le codage et offre une souplesse considérable pour la recherche et l'enregistrement.

Partie 3 Appendices

3.1 Appendice – Modèle de calendrier de mise en œuvre

La présente section montre les étapes pertinentes dans la transition vers une nouvelle version de la CIM.

Le tableau est le résultat de consultations avec les pays. La présente section a bénéficié en particulier des contributions des États Membres de la Région des Amériques, et d'un large soutien du Bureau régional OMS des Amériques (AMRO/OPS).

Activités		Outils mis à disposition par l'OMS	Année 1				Année 2			
EN PREMIER LIEU : Créer un groupe spécial chargé de la mise en œuvre au niveau national, incluant l'ensemble des parties prenantes concernées, et veiller au soutien de l'administration au plus haut niveau			T1	T2	T3	T4	T1	T2	T3	T4
	Domaine prioritaire 1 : Achèvement de la version de la CIM-11 dans la langue requise en vue de la mise en œuvre									
Mettre au point la traduction de la Classification, des outils et des matériels	Outil de traduction		X	X	X	X	X	X	X	X
Effectuer le codage manuel et les tests de transcription sur systèmes informatiques pour procéder aux ajustements nécessaires	ICD-FIT (plateforme de test pour la mise en œuvre sur le terrain)				X	X				
	Domaine prioritaire 2 : Renforcement des capacités									
Évaluer les capacités de codage existantes de la CIM dans le pays	Plateforme WHOFIC		X	X						
Élaborer des programmes de formation applicables à différents profils (codeurs, personnel, systèmes, chercheurs par exemple)	Outil de formation à la CIM-11				X	X				
Fournir une formation à l'utilisation de la CIM-11 et à ses outils Niveaux : instructeurs de codage de l'information médicale, codeurs, statisticiens, analystes et experts de la santé publique	Outil de formation à la CIM-11		X	X	X	X	X	X	X	X

Fournir une formation à l'utilisation des outils informatiques aux codeurs, statisticiens et autres personnels clés	Fiche d'information	X	X	X	X	X	X	X	X
Fournir une formation à l'utilisation et à la mise en œuvre du système de codage automatisé Iris pour les causes de décès	Formation spécialisée	À déterminer par l'État Membre							
Fournir une formation à l'analyse des données de mortalité et de morbidité et à la qualité des informations	Formation spécialisée			X	X	X	X		
Évaluer l'impact des activités de formation destinées aux codeurs, aux médecins et aux autres personnels sur les indicateurs de qualité	ICD-FIT			X	X	X	X		
Élaborer un profil et une certification de codeur	Programme WHOFIC		X	X	X				
Domaine prioritaire 3 : Infrastructure des technologies de l'information (TI)									
Mener à bien une évaluation des besoins informatiques		X	X						
Promouvoir la mise à disposition d'outils informatiques appropriés (ordinateurs et accès Internet fiable)		X	X	X	X				
Intégrer le personnel des TI à l'équipe de transition pour élaborer un plan de transition complet				X	X	X	X	X	X

CIM-11 – Guide pour la mise en œuvre ou la transition

Adapter les systèmes d’information nationaux (et les sous-systèmes) pour la mise en œuvre de la CIM-11 (révision, mise à jour des catalogues et variables, par exemple)						X	X	X	X
Étudier l’interopérabilité entre l’application de codage de la CIM-11 et les systèmes de santé nationaux				X	X	X	X	X	X
Essai initial des versions en ligne et hors ligne de la CIM-11	Version en ligne et version hôte hors ligne de la CIM-11					X	X	X	X
Mise en œuvre du système de codage automatisé des causes de décès	IRIS – autres	À déterminer par l’État Membre							
Adapter le système d’information actuel pour éviter les changements inutiles		À déterminer par l’État Membre							
	Domaine prioritaire 4 : Veiller à la comparabilité et à la qualité des données								
Assurer le suivi des indicateurs de qualité de l’information relative à la mortalité et à la morbidité qui sont recommandés sur le plan international	ANACOD 3	X	X	X	X	X	X	X	X
Mettre des tableaux de transition à disposition pour assurer la correspondance entre la CIM-10 et la CIM-11	Boîte à outils de la CIM-11				X				
Mener des études sur l’analyse de l’impact des données de mortalité et de morbidité du fait du passage de la CIM-10 à la CIM-11 :				X	X				

– régimes de remboursement – regroupement des cas (<i>casemix</i>) – statistiques de mortalité et de morbidité – cadres juridiques									
Mener à bien des études de comparabilité pour des cas choisis dans différents domaines pour évaluer la qualité du codage					X				
Mener des études de transition, sur le double codage, avec la CIM-10 et la CIM-11, pour des questions prioritaires de santé publique						X			
Assurer le suivi de changements spécifiques qui seront faits dans le cadre de la transition et de la mise en œuvre de la CIM-11									
Domaine prioritaire 5 : Sensibilisation et diffusion									
Créer et renforcer les comités, les conseils ou les centres interinstitutionnels (santé, statistiques, sécurité sociale et registre d'état civil), l'information sanitaire, et informer les parties prenantes			X	X	X	X	X	X	X
Intégrer les associations professionnelles, les collèges, les universités, les médecins et les autres secteurs dans les commissions nationales pour mettre en œuvre la formation et les activités d'analyse			X	X	X	X	X	X	X

CIM-11 – Guide pour la mise en œuvre ou la transition

Sensibiliser à l'importance d'un bon usage des classifications pour différents utilisateurs et environnements		Activité permanente							
Élaborer un plan national de transition et de mise en œuvre pour le passage de la CIM-10 à la CIM-11 aligné sur le plan d'amélioration de l'information sanitaire du pays	Le présent tableau	X	X	X	X	X	X	X	X

3.2 Appendice – Contenu du dispositif de mise en œuvre

Un ensemble d'outils et de fonctions facilitent la mise en œuvre et l'utilisation de la CIM-11.

- **Matériels de sensibilisation**
 - Aide-mémoire de la CIM-11
 - CIM-11 : Guide pour la transition
- **Outil de codage (multilingue)**
 - Recherche dans la classification sur la base de l'index
 - Les variations orthographiques ne posent pas de problème
 - Versions hors ligne
- **API (interface multilingue de programmation d'applications)**
 - Logiciel d'accès à la CIM-11
 - Version hors ligne et en ligne
- **Interface de navigation de la CIM-11 (multilingue)**
 - Comparaison entre les versions
 - Accès à l'ensemble des matériels et outils d'information
 - Hors ligne et en ligne
- **Guide de référence**
 - Apprenez ce qu'est la CIM-11, comment l'utiliser et ce qu'elle a de nouveau
 - Règles de codage de la mortalité et de la morbidité
 - Certificat médical de la cause de décès
- **Identifiant uniforme de ressource (URI) et combinaisons de codes**
 - Possibilité de conserver l'ensemble des détails signalés à l'origine, par exemple pour les maladies rares
 - Analyse et mise en tableau des informations complexes
 - Liens possibles avec d'autres systèmes
- **Plateforme de propositions**
 - Formuler des suggestions et en discuter
 - Notifications
- **Plateforme de test de la mise en œuvre sur le terrain (ICD-FIT)**
 - Codage des termes diagnostiques dans la CIM-11 et la CIM-10
 - Tester vos traductions dans de multiples langues
 - Tester les personnes que vous avez formées
- **Outil de traduction**
 - Traduire dans votre langue
- **Tables de correspondance à partir de la CIM-10 et vers la CIM-11**

- Télécharger les tables de correspondance

3.3 Appendice – L'élaboration de la CIM-11 en bref

L'élaboration de la CIM-11 s'est déroulée en plusieurs phases depuis le lancement officiel du processus de révision en 2007 ; la nouvelle classification a intégré les contributions d'un large éventail de cliniciens et d'experts scientifiques et techniques, et tenu compte des besoins des futurs utilisateurs à des fins statistiques, cliniques ou apparentées.

En premier lieu, une liste des problèmes connus inhérents à l'utilisation de la Classification statistique internationale des maladies et des problèmes de santé connexes, Dixième Révision (CIM-10) et ne pouvant pas être résolus compte tenu de la structure de la classification, a été compilée, et des solutions possibles ont été formulées.

En deuxième lieu, des groupes consultatifs thématiques ont été établis pour donner des orientations sur des domaines thématiques clés, l'accent étant mis sur la perspective clinique. Des groupes consultatifs thématiques transversaux ont été constitués pour dresser un bilan des questions de mortalité, de morbidité, de qualité et de sécurité, et des questions de fonctionnement. Les experts des groupes consultatifs thématiques cliniques ont donné des conseils sur le contenu et la conception structurelle de chapitres spécifiques de la CIM tandis que les groupes consultatifs techniques ont donné des orientations sur l'élaboration générale et transversale de la CIM-11 selon la perspective des utilisateurs.

Au cours des dernières étapes du cycle d'élaboration de la CIM-11, un processus d'édition centralisé a eu lieu à l'OMS, avec les conseils du groupe spécial conjoint. Le groupe spécial conjoint était composé d'experts de l'utilisation de la CIM pour le codage de la mortalité et de la morbidité (pour les patients des hôpitaux et des services de soins primaires), la collecte de données et la notification de statistiques. Le groupe spécial conjoint a aussi fourni des conseils stratégiques et techniques à l'OMS pour apporter la touche finale à l'élaboration de la classification. Les recommandations scientifiques ont également été utilisées, conformément aux orientations du groupe spécial conjoint et de l'OMS.

Au cours de ces dernières étapes, l'OMS et le Comité de classification internationale (WICC) de l'Organisation mondiale des collèges nationaux, académies et associations académiques des généralistes et des médecins de famille (WONCA) ont travaillé en collaboration et ont introduit tous les concepts nécessaires pour l'enregistrement et la notification dans le domaine des soins primaires. D'une manière générale, il est recommandé d'utiliser la table analytique de référence internationale complète (CIM-

11 SMM) parce qu'elle comporte l'ensemble des concepts, y compris ceux qui sont pertinents pour les soins de santé primaires. Un sous-ensemble de la liste complète présente essentiellement les concepts plus généraux. Il est destiné à être utilisé dans les environnements où les ressources en matière de diagnostic sont faibles et où la documentation repose davantage sur le papier.

En dernier lieu, l'OMS s'est penchée, avec les conseils du groupe spécial conjoint, sur les divergences de contenu générées par les multiples groupes d'experts indépendants au cours des premières phases de la révision. Des travaux ont également été entrepris pour s'assurer de la cohérence de la structure globale de la CIM-11 et de la facilité d'utilisation pour les statistiques de mortalité et de morbidité. L'application des principes directeurs garants de la solidité de la classification élaborée a été essentielle, en particulier au cours de cette phase.

Une version de la CIM-11 a été diffusée pour recueillir les observations des États Membres lors de la Conférence de révision de la CIM qui s'est tenue à Tokyo le 12 octobre 2016. À la suite de celle-ci, des essais ciblés de la classification sur le terrain par l'intermédiaire des centres collaborateurs WHOFIC ont eu lieu au cours du second semestre de 2016, et des essais sur le terrain élargis et plus spécialisés se sont poursuivis au cours de 2017.

Les observations des États Membres et les commentaires provenant des essais sur le terrain et des parties prenantes du domaine des statistiques ainsi qu'un petit nombre de propositions supplémentaires présentées dans les délais impartis ont été mis à profit par l'OMS pour établir une CIM-11 adaptée à ses objectifs (c'est-à-dire au codage de la mortalité et de la morbidité, à la collecte et à la notification des données) en vue d'une mise en œuvre à partir de juin 2018.

La CIM a été adoptée par l'Assemblée mondiale de la Santé en 2019 et entrera en vigueur le 1^{er} janvier 2022.

3.4 Appendice – Glossaire terminologique

API – interface multilingue de programmation d'applications

CIF – Classification internationale du fonctionnement, du handicap et de la santé

CIM-10 – Classification statistique internationale des maladies et des problèmes de santé connexes, Dixième Révision

CIM-11 – Classification internationale des maladies et des problèmes de santé connexes, Onzième Révision

CIM-11 SMM – CIM-11 pour les statistiques de mortalité et de morbidité

Double codage ou codage de transition – la collecte et la comparaison des mêmes épisodes de données de mortalité et de morbidité codés en utilisant deux versions de la CIM (ou plus)

Contenu de base de la CIM – la collection multidimensionnelle constituée par l'ensemble des entités qui composent la CIM

Correspondance (mappage) – le terme « correspondance » est utilisé pour décrire le processus qui consiste à trouver des codes ou concepts équivalents dans deux classifications différentes

CSAC – Comité consultatif de la classification et de la statistique

Données de morbidité – données sur la présence d'une maladie ou d'un événement de santé défavorable, d'un traumatisme ou d'une incapacité

Données de mortalité – données par âge, sexe et cause de décès, telles qu'elles sont notifiées chaque année par les États Membres à partir de leurs systèmes d'enregistrement des données d'état civil

ICHI – Classification internationale des interventions sanitaires

Interface de navigation de la CIM – une application Web qui permet aux utilisateurs de naviguer dans le contenu de la CIM-11

MbRG – Groupe de référence sur la morbidité (abréviation en anglais)

Mise à jour – changements apportés au contenu ou à la structure de la CIM pendant la période au cours de laquelle une version révisée donnée de la CIM est en vigueur (par exemple pendant la période où la CIM-10 est en vigueur)

Mise en œuvre – l'entrée en vigueur de la CIM-11 en tant que premier système de collecte de données pour les statistiques de mortalité et de morbidité

MRG – Groupe de référence sur la mortalité (abréviation en anglais)

MSAC – Comité consultatif médical et scientifique

Outil de codage de la CIM – une application Web pour aider les utilisateurs de la CIM à rechercher et à trouver les catégories qu'ils recherchent

SMM – statistiques de mortalité et de morbidité

Transition – la phase de préparation au passage d'un système de classification internationale des maladies existant à une version révisée plus actuelle, et sa mise en œuvre, y compris toutes les activités nécessaires

URI – identifiant uniforme de ressource (Uniform Reference Identifier)

WHOFIC – réseau de la Famille OMS des classifications internationales