

Distr.
GÉNÉRALE

CES/AC.36/1998/17
EUR/ICP/INFO 020603/17
19 août 1998

FRANÇAIS
Original : ANGLAIS

COMMISSION DE STATISTIQUE et
COMMISSION ÉCONOMIQUE POUR L'EUROPE

ORGANISATION MONDIALE DE LA SANTÉ
BUREAU RÉGIONAL DE L'EUROPE

CONFÉRENCE DES STATISTICIENS EUROPÉENS

Réunion commune CEE/OMS sur les
statistiques de la santé
(Rome, Italie, 14-16 octobre 1998)

SESSION IV : Progrès réalisés en vue
de l'application de la CIM-10

**STRATÉGIE À LONG TERME DE L'OMS POUR LE DÉVELOPPEMENT ET LA GESTION
DES CLASSIFICATIONS CONCERNANT LA SANTÉ**

Communication sollicitée au National Health Service Centre chargé
des activités de codification et de classification 1/

RÉSUMÉ

En introduction, ce document retrace brièvement l'historique de la Classification internationale des maladies (CIM) et les responsabilités assumées par l'OMS dans la tenue et la mise à jour de cette Classification, conformément à sa Constitution. La stratégie à long terme a pour objectif d'aider l'OMS à déterminer, d'une part, comment les besoins évolueront en ce qui concerne la CIM (et les classifications et instruments connexes) et, d'autre part, de quels moyens elle dispose pour y faire face à l'horizon du XXI^e siècle. Cette stratégie s'appuie sur les recommandations de

¹Etablie par Mme Ann G. Harding, chef du Centre collaborateur de l'OMS pour la classification des maladies du Royaume-Uni, chef par intérim du Groupe de gestion de l'information du National Health Service.

la Conférence internationale pour la révision de la Classification (1989), de la quarante-troisième Assemblée mondiale de la santé (1990) et des réunions annuelles des chefs des centres collaborateurs de l'OMS pour la classification des maladies (notamment la réunion d'octobre 1997), et sur les besoins exprimés par les États membres et d'autres utilisateurs de la CIM.

Dans le chapitre intitulé "Applications actuelles", les multiples utilisations de la CIM et le recours croissant aux technologies de l'information, y compris Internet, sont décrits dans le contexte de l'évolution des ressources de l'OMS et de son impact sur les mécanismes traditionnels de soutien de la CIM. L'importance de la Classification pour l'appréciation de la situation sanitaire et de ses tendances et d'autres programmes de l'OMS ainsi que pour les systèmes nationaux d'information sanitaire est également prise en compte.

Certaines questions cruciales concernant la Stratégie à long terme sont examinées, notamment :

- la famille des classifications et le niveau de participation de la Division de l'appréciation de la situation sanitaire et de ses tendances (HST) dans le développement et la tenue des systèmes apparentés;
- l'avenir de la Classification de base (CIM-10) et de ses dérivés immédiats en matière de mise à jour périodique, de tenue permanente et d'appui;
- la promotion et l'extension du champ d'application de la CIM-10 à l'échelle mondiale;
- le rôle des centres collaborateurs de l'OMS pour la classification des maladies; et
- les ressources nécessaires.

Un plan d'action jusqu'à 2010 a été élaboré. Il est centré sur trois thèmes principaux considérés comme hautement prioritaires à court terme, à savoir :

- promotion et application de la CIM-10;
- mise à jour de la CIM-10 (et des classifications et instruments auxiliaires); et
- activités concernant la famille des classifications.

Dans cette optique, des domaines spécifiques d'action et de suivi sont recensés et les fonctions et responsabilités de la HST, des bureaux régionaux et des centres collaborateurs sont passés en revue. Après avoir examiné un projet de stratégie, les chefs des centres collaborateurs se sont engagés à participer en partenariat avec l'OMS à l'élaboration d'un plan de travail commun. La mise en oeuvre de cette stratégie exigera de nouveaux échanges de

vues entre la HST et les centres collaborateurs, ainsi que d'autres divisions de l'OMS. L'exécution du plan d'action nécessitera l'affectation de ressources supplémentaires (humaines et financières) pour soutenir et renforcer les activités de classification de l'OMS, qui sont la pierre angulaire d'une grande partie de ses travaux et d'une importance cruciale pour le développement et l'approfondissement des systèmes d'information sanitaire aux niveaux national, régional et international.

I. INTRODUCTION

A. Origines

Les responsabilités de l'OMS en ce qui concerne la CIM et les classifications apparentées émanent de sa Constitution. Le chapitre II, article 2, définit, entre autres, les fonctions suivantes ^{i/} :

c) aider les gouvernements, sur leur demande, à renforcer leurs services de santé;

f) établir et entretenir tels services administratifs et techniques jugés nécessaires, y compris des services d'épidémiologie et de statistiques;

q) fournir toutes informations, donner tous conseils et toute assistance dans le domaine de la santé;

s) établir et réviser, selon les besoins, la nomenclature internationale des maladies, des causes de décès et des méthodes d'hygiène publique.

B. Objectifs

Conformément aux responsabilités fonctionnelles confiées à l'OMS en vertu de sa Constitution, consistant à soutenir les services de statistiques de la santé, y compris la mise en place, la tenue et l'utilisation de classifications statistiques appropriées, la Stratégie à long terme est conçue de manière à faciliter la répartition des modestes ressources de l'Organisation pour exécuter les activités voulues de classification internationale des maladies en vue d'atteindre les objectifs, tant de l'Organisation même que des États membres dans le domaine des statistiques de la santé. La Classification statistique internationale des maladies et des problèmes de santé connexes est acceptée de manière quasi universelle comme instrument statistique normatif essentiel aux niveaux international, national et local pour mesurer la mortalité et la morbidité et les problèmes de santé connexes.

A l'aube du XXI^e siècle, la Classification mérite de faire l'objet d'une réflexion. Les nouveaux besoins d'information et les nouvelles techniques de saisie, de stockage, de restitution et de diffusion des données conduisent à penser que le moment est venu de prendre du recul et de revoir le processus de développement, d'exploitation et de soutien de la CIM. Ce plan aidera à évaluer l'évolution des besoins et la capacité de l'OMS à y faire face.

ⁱDocuments fondamentaux, Quarante et unième édition, Genève, Organisation mondiale de la santé, 1996, p.2 et 3.

II. APPLICATIONS ACTUELLES

La CIM et d'autres classifications apparentées (la "famille des classifications") sont des composantes essentielles du Programme d'appréciation de la situation sanitaire et de ses tendances (HST) dont le rôle est d'analyser la situation sanitaire mondiale, d'établir des projections et de renforcer l'information sanitaire au niveau des pays (y compris les systèmes d'information sanitaire qui incorporent la CIM) ainsi que les activités de partenariat et de coordination en matière d'épidémiologie, de statistiques et d'évaluation des tendances. Ces classifications et la base de données relatives à la mortalité du Programme HST contribuent aussi à la surveillance épidémiologique au niveau mondial, qui constitue une fonction du Programme maladies émergentes et autres maladies transmissibles - surveillance et lutte. L'information fondée sur la CIM étaye aussi d'autres programmes techniques du siège et des bureaux régionaux de l'OMS, dont le Programme élargi de vaccination; le Programme santé et environnement; le Programme gestion du système d'information; le Programme spécial de recherche, de développement et de formation à la recherche en reproduction humaine; et le Programme spécial de recherche et de formation concernant les maladies tropicales. Les analyses épidémiologiques et statistiques, dont beaucoup dépendent pour une grande partie de données dérivées de la CIM, relatives aux causes de décès, aux blessures et aux maladies, contribuent grandement à la formulation de la politique et de la stratégie de santé pour tous de l'OMS pour le siècle prochain.

III. QUESTIONS STRATÉGIQUES

L'examen de la version provisoire de cette stratégie par les chefs des centres collaborateurs, lors de leur réunion d'octobre 1997, a donné lieu à un débat général dont les conclusions sont résumées ci-après :

- le programme CIM revêt une importance vitale pour différentes catégories d'utilisateurs qui s'en servent quotidiennement;
- l'évolution rapide constatée au niveau mondial a de nombreuses répercussions sur la santé et l'information sanitaire. Il faudra en tenir compte dans les classifications pour faire face aux nouveaux besoins;
- il y aura beaucoup à faire dans les années à venir pour conserver sa place à la CIM.

Pour réussir dans cette voie, il faut améliorer les méthodes de travail, et notamment :

- coopérer davantage et avec plus d'efficacité;
- gérer et coordonner le programme de manière à tenir les promesses faites;
- collaborer avec tous ceux qui ont les compétences voulues et des objectifs communs; et

- se procurer et développer de nouvelles ressources et compétences.

Il est impératif que la HST, les centres collaborateurs, les Bureaux régionaux et les organismes et chercheurs nationaux travaillent en partenariat et s'engagent à exécuter un plan de travail commun. En préalable à la mise au point d'un tel plan, il faudra affiner quelques concepts et traiter certaines questions spécifiques. Des précisions sont fournies ci-après à ce sujet.

A. La famille des classifications

1. Définition des concepts

La notion de famille de classifications correspondait initialement à un groupe dynamique de classifications statistiques concernant la santé, fondées sur la CIM, subordonnées aux définitions ou pratiques statistiques inhérentes à la CIM, ou associées d'une manière ou d'une autre à la CIM. Cette conception s'est avérée utile pour affirmer l'intérêt de l'OMS, son engagement et, dans certains cas, son contrôle sur de nombreuses classifications relatives à la santé et aux domaines connexes; cependant, un maillage amorphe et instable de classifications requérant la participation de l'OMS n'est guère propice à l'évaluation ou à la planification de ses futures activités. En préalable à l'élaboration d'un plan à long terme, il faut donc définir les critères dont dépendra l'inclusion d'une classification dans cette famille et préciser explicitement les responsabilités de l'OMS à l'égard de chacune de ses branches.

2. Classification internationale des procédures médicales

À l'occasion de la neuvième révision de la CIM, l'OMS avait établi, à la demande de certains États membres, un projet de classification des procédures thérapeutiques, diagnostiques et prophylactiques se rapportant à la chirurgie, à la radiologie, aux travaux de laboratoires et à d'autres domaines, sur la base d'une étude de classifications nationales de ce type et des avis d'associations hospitalières de plusieurs pays. Le but était de fournir un outil pour l'analyse des prestations assurées aux patients dans les hôpitaux, les cliniques, les services de soins ambulatoires, etc. La Conférence chargée de la révision a recommandé que les versions provisoires des classifications des procédures soient publiées à moindres frais en tant que suppléments et non pas en tant que partie intégrante de la CIM-9, et révisées après deux ou trois ans d'utilisation compte tenu des observations formulées par les utilisateurs. L'OMS a publié en 1978 la Classification internationale des procédures médicales (CIPM), qui a été adoptée par quelques pays et a servi de base aux classifications nationales dans d'autres. La CIPM n'a jamais été révisée.

La Conférence internationale pour la dixième révision de la CIM, tenue en 1989, a étudié la liste pour la mise en tableaux des procédures préparée par le secrétariat pour guider la présentation ou la publication, au niveau national, de statistiques des procédures chirurgicales et pour faciliter également les comparaisons entre pays. L'objet de cette liste était de recenser des procédures et groupes de procédures et de les définir de façon à permettre l'élaboration de classifications nationales qui se prêtent

aux comparaisons. Les participants à la Conférence ont reconnu l'utilité de cette liste et recommandé d'en poursuivre la mise au point même si cela signifiait qu'elle ne serait publiée qu'après la dixième révision. Depuis lors, on s'est demandé s'il fallait envisager une mise à jour de la CIPM ou l'élaboration d'une nouvelle classification internationale des procédures. En effet, la nécessité se fait sentir d'une classification pour les pays qui avaient préparé des versions de la CIPM dans leurs langues respectives et qui ont maintenant besoin d'une mise à jour.

Cette question a été soulevée lors de la réunion de 1997 des chefs des centres collaborateurs, vu qu'un certain nombre de pays et de régions avaient déjà élaboré leurs propres classifications des procédures, et compte tenu également de la faiblesse des ressources de la HST. Les participants ont aussi examiné le projet "Galen-in-use", qui propose un modèle de référence commun multilingue pour décrire les procédures et adopter les classifications nationales à ce cadre commun. Ils n'ont pas jugé opportun, à ce stade, d'entreprendre la préparation d'une classification internationale des procédures, mais en considération des besoins des pays qui n'ont pas une classification moderne ils ont reconnu la nécessité de trouver des mécanismes qui permettent à un plus grand nombre de pays d'avoir accès à quelques-unes des nouvelles classifications nationales, voire à toutes. De l'avis des participants, les Bureaux régionaux ainsi que les centres collaborateurs de l'OMS ont un rôle à jouer pour faciliter ce processus.

3. Fonction centralisatrice

B. L'avenir de la classification de base et de ses dérivés immédiats

1. Mise à jour de la classification

La recommandation de la Conférence internationale pour la dixième révision de la CIM visant à procéder à une mise à jour a donné lieu à des débats aux réunions successives des chefs des centres collaborateurs de l'OMS pour la classification des maladies. Avant leur réunion de 1997, ils s'étaient mis d'accord sur certains aspects du mécanisme de mise à jour de la CIM-10, dont un calendrier de présentation, d'évaluation et d'homologation. Ils avaient aussi étudié diverses méthodes de diffusion. À l'occasion de différentes réunions ils ont passé en revue les ajustements qui pouvaient s'imposer. Certains des ajustements envisagés ont été pour la première fois débattus officiellement lors de la réunion des chefs des centres de 1996. Toutefois, les seules modifications approuvées visaient à corriger des erreurs repérées dans l'index alphabétique soumis par le secrétariat; ces rectificatifs n'ont pas encore été officiellement diffusés.

Aucun mécanisme formel de traitement, d'homologation et de diffusion des mises à jour de la CIM-10 n'ayant encore été dûment adopté en octobre 1997, cette question a été incluse en tant qu'élément du plan d'action dans le projet de stratégie à long terme présenté à la réunion des chefs des centres auxquels des propositions ont aussi été soumises. Les communications préparées pour la réunion par les centres des pays nordiques et d'Amérique du Nord contenaient elles aussi des propositions, entre autres sur l'utilisation de la CIM-10 pour les tables de mortalité. Les participants ont estimé que

les travaux de mise à jour étaient hautement prioritaires et devaient être exécutés rapidement. Un sous-groupe, désigné par les participants pour examiner à la fois les propositions contenues dans le projet de stratégie, les résultats des travaux de réunions antérieures et les suggestions figurant dans les communications des deux centres, a élaboré une proposition qui a été adoptée en séance plénière. Le nouveau mécanisme de mise à jour de la CIM-10 ainsi adopté est présenté à l'annexe 3. Les participants ont aussi approuvé les premières mises à jour officielles de la CIM-10 présentées par le secrétariat et donné des directives en vue de leur diffusion.

Tous les aspects de ce processus de mise à jour n'ont bien évidemment pas encore été pleinement étudiés et les problèmes complexes que pose la synchronisation de toutes les parties interdépendantes de la famille des classifications restent à examiner. Ce nonobstant, les décisions à prendre sur la question d'une CIM-11 dépendent du succès ou de l'échec de ce processus. Tous les programmes de travail et d'allocation des ressources pour les cinq, voire dix années à venir, sont fonction de l'évaluation à entreprendre en la matière. La Conférence internationale pour la dixième révision de la Classification internationale des maladies a recommandé de mettre en place un mécanisme de mise à jour et de tenir la prochaine conférence de révision en 1999. Ces recommandations ont été approuvées à la quarante-troisième Assemblée mondiale de la santé. Si l'Assemblée fait siennes les décisions de la conférence de révision, une version CIM-11 entrerait en vigueur en 2003. À ce stade, cela ne paraît guère envisageable suivant l'approche traditionnelle, mais on en sait encore trop peu pour déterminer si des mises à jour provisoires permettront d'éviter une révision complète de la CIM et s'il suffira de procéder à une réimpression incorporant les modifications approuvées jusque-là.

Lorsque cette question a été soulevée à la réunion des chefs des centres, en 1997, à l'occasion de l'examen du projet de stratégie à long terme, il a été décidé de procéder à une évaluation du mécanisme de mise à jour au bout de trois ans : il en est donc question dans la section du présent document relative au plan d'action. Il a aussi été décidé de reporter les débats concernant la CIM-11 à la fin du processus d'évaluation et d'attendre que l'OMS et les chefs de centres en aient examiné les résultats.

2. Tenue de la classification et soutien à apporter aux activités y relatives

Ainsi qu'il a été indiqué, le système à trois caractères de la classification CIM et ses dérivés immédiats devraient occuper le plus haut rang de priorité dans la famille des classifications. Toutefois, la classification ainsi que ses modalités de diffusion, de tenue et de révision sont en pleine évolution. Ses utilisations et ses applications évoluent aussi à un rythme accéléré. Les mécanismes d'appui utilisés depuis l'introduction de la classification, il y a près d'une centaine d'années, ne sont plus adaptés.

Comme on l'a vu, le plan d'action n'est pas fondé sur l'hypothèse que la classification restera plus ou moins en l'état pendant un "cycle de révision" donné, de 10 ou 15 ans par exemple, mais plutôt que le mécanisme envisagé devrait maintenir la CIM relativement à jour et exempte d'erreurs.

Ce mécanisme permettra d'introduire les rectifications nécessaires, tout en résistant aux pressions visant à imposer des modifications insignifiantes ou futiles, tâche qui exige un examen attentif tant du point de vue des statistiques que de la classification. Assurer la meilleure diffusion aux éléments mis à jour est un objectif qui doit recevoir dès à présent une attention prioritaire. Il est à prévoir que la diffusion sous forme de versions imprimées de la CIM et de ses produits dérivés perdra de l'importance au profit des moyens électroniques de communication. Il découle de ce qui précède qu'une grande partie de l'expérience acquise en la matière, ainsi que les échéances connexes, ne seront plus applicables. Des réformes s'imposent à beaucoup d'égards, et dont il faut espérer qu'elles amélioreront l'efficacité de la CIM et la validité de ses éléments, mais la modernisation de la CIM et des classifications apparentées pour franchir le seuil du XXI^e siècle aura aussi un coût.

Une des questions à prendre en considération, dans l'immédiat et à plus long terme en ce qui concerne les classifications de l'OMS relatives à la santé, est celle du support sur lequel les classifications et éléments connexes seront diffusés. Des versions électroniques, sous forme de disquettes souples et de CD-ROM, sont déjà utilisées, souvent de préférence aux versions imprimées. Ces formes de stockage de l'information, ou des supports similaires mais techniquement améliorés, continueront probablement de se substituer aux versions sur papier. Ce genre de moyens de diffusion est relativement facile à contrôler par l'OMS sous l'angle de la protection des droits d'auteur et des ventes. Comme pour les versions imprimées, l'organisation peut instituer des pratiques de diffusion gratuite, des tarifs réduits réservés, par exemple, aux pays en développement, ainsi que des tarifs applicables aux autres pays membres, aux utilisateurs non gouvernementaux ou à ceux qui en font un usage commercial. Elle peut aussi protéger ses droits d'auteur en négociant d'autres formes d'utilisations, dont des logiciels, ou autres systèmes de données donnant lieu à des droits exclusifs. Parallèlement, il ne faut pas perdre de vue que la mise au point des classifications de l'OMS concernant la santé dépend en partie du soutien technique et financier d'États membres, d'ONG et de diverses institutions et organisations extérieures. Il faudra donc que la politique de tarification des produits électroniques soit clairement définie et présentée comme faisant partie intégrante de la stratégie globale de développement de la CIM. Cette politique devra tenir compte du fait que la CIM est une norme internationale nécessaire à des applications spécifiques.

L'autre élément essentiel à prendre en considération est l'accès aux produits électroniques soit par affichage, soit par téléchargement via Internet. Le réseau Internet est devenu un vecteur commun, fort commode, pour l'échange et le transfert rapide de l'information à l'échelle mondiale. Beaucoup de produits de la CIM se prêtent bien à ce processus dans l'optique d'une diffusion et d'une utilisation à grande échelle de la classification. Leur diffusion sur Internet permet de les faire connaître et d'en tirer parti et offre des possibilités de mise à jour, de clarification, d'interprétation, etc., facilement et rapidement accessibles aux utilisateurs. La diffusion de la CIM sur Internet apparaît donc comme un objectif hautement souhaitable, mais il faut d'abord concevoir des politiques équitables en matière d'accès.

Pour des raisons de protection des droits d'auteur et, partant, des recettes, la possibilité de consulter la CIM sur Internet ne devrait pas faire concurrence aux ventes de documents ou de produits électroniques. Il faudrait donc que la consultation de la CIM sur Internet soit subordonnée à l'attribution préalable d'un mot de passe (pour ceux qui pouvaient auparavant accéder librement à la classification) ou d'un code d'accès payant (par carte de crédit, par exemple, pratique courante pour beaucoup d'autres services Internet), ou gratuit pour les produits et démonstrations qui ne justifient pas un droit d'accès (errata, mises à jour, descriptifs, par exemple).

3. Instruments liés à la classification

Outre la classification de base et ses dérivés immédiats, il existe une série d'instruments étroitement liés à la CIM qui en étayent les données et améliorent leur qualité et leur utilité :

- a) Tables de conversion et d'équivalence;
- b) Codes-passerelles et coefficients de comparabilité;
- c) Matériels et logiciels de formation (TENDON);
- d) Logiciels d'encodage automatisé et d'aide au codage (MICAR, LUCID, etc.);
- e) Méthodes de présentation des données (tableurs);
- f) Méthodes analytiques (analyse des causes multiples de mortalité, par exemple).

En planifiant les activités relatives à la classification de base, il faudrait attribuer à ces instruments et à d'autres du même ordre, qui en facilitent l'utilisation et l'interprétation, le même rang de priorité qu'à la classification proprement dite. La répartition des tâches entre les centres collaborateurs, en coordination avec la HST, serait peut-être préférable à leur centralisation.

Une fois mis au point, les instruments destinés à soutenir l'utilisation et l'interprétation de la classification de base et ses dérivés immédiats devront être évalués. Peut-être faudra-t-il dans certains cas en planifier la mise à jour synchronisée pour tenir compte des modifications apportées à la ou aux classifications et des progrès technologiques et méthodologiques.

La plupart sinon la totalité des activités de mise au point des instruments pourraient être confiées à des centres collaborateurs ou autres organismes appropriés, la participation de l'OMS se limitant à un rôle de coordination. Les centres collaborateurs peuvent, s'ils s'y attellent de leur plein gré et moyennant un préavis suffisant, apporter une importante contribution et fournir un appui appréciable au siège. Parallèlement, ces activités permettent aux centres de renforcer leurs capacités et les aident dans la formation de leur propre personnel.

B. Autres questions clefs

1. Promotion et application de la CIM-10.

Lorsque la nouvelle révision de la CIM et les instruments nécessaires auront été mis au point, l'une des tâches importantes de l'OMS consistera à en faciliter l'application pour les utilisateurs actuels. Elle devra aussi s'employer, d'une part, à en développer l'utilisation dans de nouveaux pays et, d'autre part, à en étendre le champ d'application aux données sur la morbidité. À leur réunion de 1997, les chefs des centres collaborateurs ont en fait placé la promotion et la mise en oeuvre de la CIM-10 à l'échelle mondiale au premier rang des priorités à court terme. Ils ont constaté avec préoccupation que la CIM n'était pas encore utilisée dans de nombreuses régions du monde, dont des pays d'Afrique et d'Asie.

La promotion et la mise en oeuvre de la CIM ne relèvent pas uniquement de la HST mais aussi, dans une large mesure, des Bureaux régionaux de l'OMS dont certains desservent un grand nombre de pays et traitent avec eux dans diverses langues nationales (alors qu'il n'existe pas partout de centres collaborateurs). Quelques Bureaux régionaux disposent de leurs propres spécialistes tandis que d'autres font appel périodiquement à des consultants extérieurs. Dans le passé certains Bureaux ont tiré parti des ressources de la HST et de centres collaborateurs. La HST ne disposant plus d'un aussi grand nombre de spécialistes de la classification et les possibilités d'information directes ou indirectes des centres collaborateurs n'étant peut-être plus ce qu'elles étaient, les Bureaux régionaux qui ne se sont pas dotés des compétences nécessaires risquent d'avoir quelques difficultés à remplir leur rôle.

La CIM n'est qu'une des composantes des systèmes nationaux d'information en matière de santé. La complexité technique croissante tant de la classification que des supports informatiques des systèmes d'information sanitaire impose une approche coordonnée, par équipe, de l'assistance aux pays. Une telle approche suppose l'intervention de l'OMS à plusieurs échelons, y compris celui des Bureaux régionaux.

IV. PLAN D'ACTION JUSQU'À 2010

A. Promotion et mise en oeuvre de la CIM-10

- 1. Mise au point de la version à trois caractères.**
- 2. Examen des politiques de commercialisation et de diffusion.**
- 3. Participation des Bureaux régionaux de l'OMS.**

B. Mise à jour de la classification

1. Mécanisme de mise à jour.

Le mécanisme de mise à jour de la CIM-10 ayant été dûment défini, il convient de lui conférer un caractère opérationnel en coordination avec la HST et avec la coopération des centres collaborateurs, ce qui exigera d'importants apports de ressources. Les utilisateurs de la classification doivent être invités à y contribuer conformément au plan convenu (voir annexe 3). Les résultats de la mise à jour doivent être largement diffusés de manière à atteindre tous les utilisateurs. Ci-après sont énumérées quelques-unes des activités spécifiques à entreprendre :

La procédure de présentation des demandes de modification de la CIM-10 devrait être largement diffusée et annoncée (y compris les coordonnées des centres collaborateurs et leurs domaines de responsabilité).

Les modifications homologuées aux réunions des chefs des centres collaborateurs doivent être communiquées par voie électronique, la date de leur entrée en vigueur étant clairement indiquée. Une version en anglais et en français de la classification révisée devrait être fournie sur disquettes et sur CD-ROM, tandis que des précisions sur les modifications effectuées seraient affichées sur Internet.

Les modifications apportées à la CIM-10 doivent être insérées dans toutes les langues et adaptations et les instruments d'appui éventuels.

Indépendamment des modifications de la CIM-10 qui exigent un accord international par le biais du mécanisme de mise à jour, il se peut que des corrections mineures soient apportées aux versions nationales de la classification. Les États membres doivent en aviser la HST de l'OMS et les centres collaborateurs, pour information.

Il faut aussi tenir compte des liens existant entre le contenu de la CIM-10 proprement dite et celui d'autres éléments de la famille des classifications, notamment les adaptations par spécialité. Une phase primordiale du mécanisme de mise à jour de la CIM-10 est celle qui consiste à assurer une cohérence entre ces divers éléments.

De même, toute modification proposée pour tel ou tel élément de la famille des classifications doit être évaluée compte tenu de son impact sur la CIM-10.

2. Évaluation du mécanisme de mise à jour.

3. Futures révisions de la classification.

4. Examen et évaluation des instruments liés à la classification.

C. La famille des classifications

1. Paramètres.

2. Hiérarchisation des activités concernant les membres de la famille.

Directives de hiérarchisation des activités concernant des composantes de la famille des classifications

catégories à trois caractères de la CIM

adaptations par spécialité

autres classifications relatives à la santé

3. Classification internationale des procédures médicales.

Des pays et des régions ont déjà établi leurs propres classifications des procédures médicales dans le cadre de leurs systèmes de soins de santé et autres activités relatives aux types de pathologies traitées. L'élaboration d'une classification internationale des procédures médicales universellement applicable semble irréaliste compte tenu des changements qui interviennent presque quotidiennement. Toutefois, il faut trouver des mécanismes qui permettent à un plus grand nombre de pays de connaître certaines des nouvelles classifications qui peuvent intéresser. Les Bureaux régionaux de l'OMS pourraient faciliter ce processus. Les centres collaborateurs de l'OMS sont en outre considérés comme un dispositif important pour aider les pays à établir des classifications nationales correspondant à leurs besoins.

La Division de l'appréciation sanitaire et de ses tendances devrait demander aux Bureaux régionaux de prendre contact avec les États membres pour recenser leurs besoins en matière de classification des procédures médicales, sans que cela implique pour autant la fourniture d'une classification internationale. Une fois qu'elle connaîtra les besoins nationaux, l'OMS devra déterminer si elle s'engage plus avant dans l'élaboration d'une démarche taxinomique pour la classification des procédures médicales et de directives pour l'établissement de classifications nationales des procédures (activité déjà incluse dans le plan de travail pour l'exercice biennal 1998-1999).

4. Fonction centralisatrice.

D. Rôles, responsabilités et ressources

De toute évidence, l'OMS doit conserver un rôle pivot dans le développement et le maintien de la CIM. Premièrement, en tant que "propriétaire" de la CIM, elle est responsable en dernier ressort de l'approbation des mises à jour, des normes techniques et des questions de droits d'auteur. Deuxièmement, l'OMS doit promouvoir la famille des classifications connexes à l'échelle mondiale et appuyer ou faciliter la mise en oeuvre de la CIM-10. Troisièmement, la CIM est une infrastructure essentielle au sein de l'OMS pour décrire la situation sanitaire mondiale et son évolution. Quatrièmement, il s'avère nécessaire de coordonner les activités des centres collaborateurs pour la classification des maladies et celles des Bureaux régionaux concernant la CIM.

2. **Planification séquentielle.**
3. **Fourniture d'un appui informatique.**
4. **Renforcement des réseaux liés à la classification.**
5. **Centres collaborateurs de l'OMS pour la classification des maladies.**

À la réunion des chefs des centres collaborateurs qui s'est tenue en 1997, il a été recommandé de désigner rapidement un centre germanophone en tant que prolongement naturel et nécessaire du réseau existant. À terme, il serait également souhaitable de prévoir un mécanisme pour décider de l'opportunité de désigner d'autres centres.

V. CONCLUSION

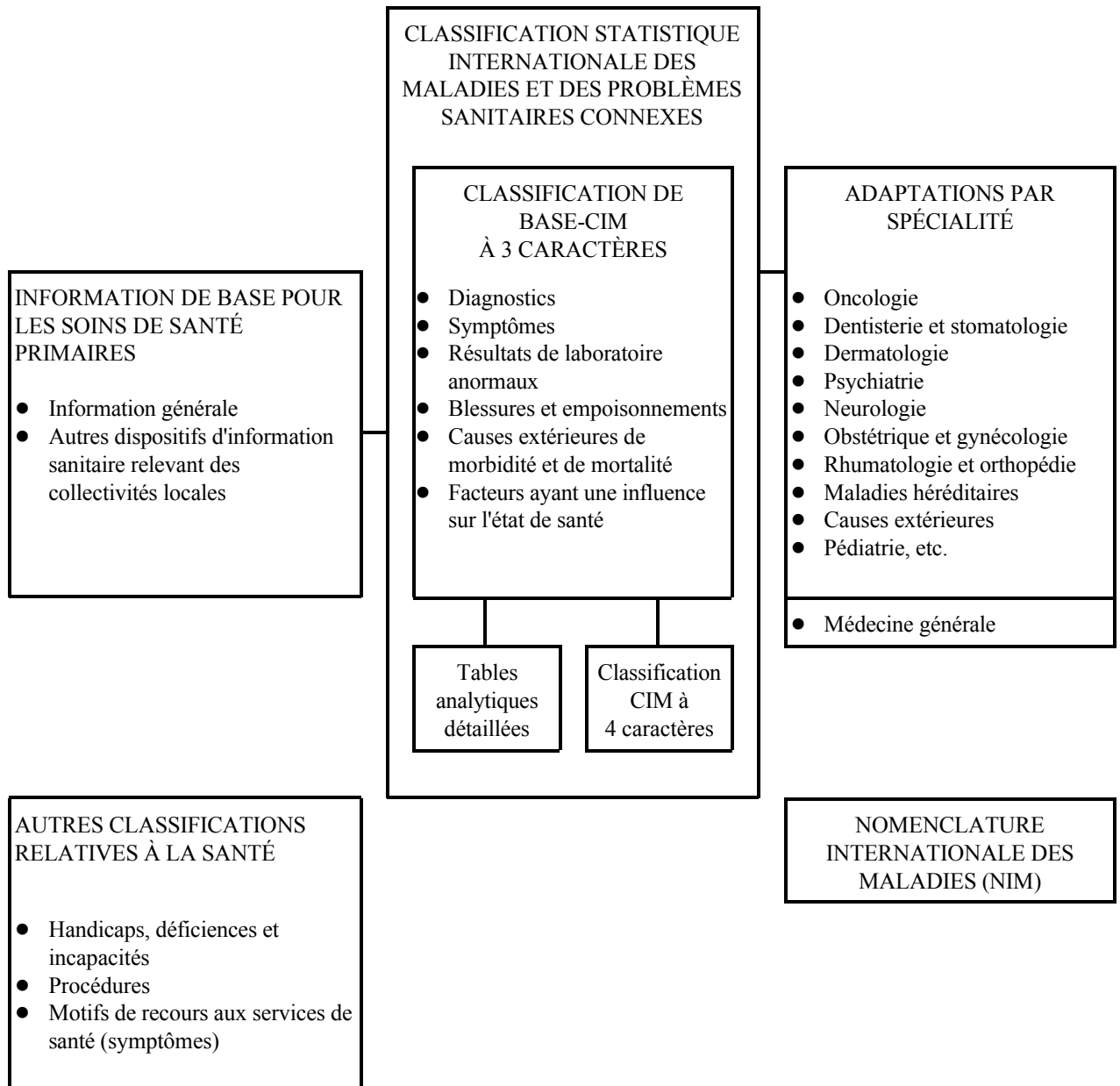
L'objet du présent document est de souligner l'importance de la CIM et des classifications et instruments auxiliaires, tant pour l'OMS que pour les États membres. Il passe en revue un certain nombre de questions stratégiques se rapportant au développement et à la gestion de la CIM même et d'autres classifications concernant la santé. Un plan d'action pour les 10 prochaines années y est également proposé.

Un avant-projet de cette stratégie à long terme a été examiné à la réunion de 1997 des chefs des centres collaborateurs de l'OMS pour la classification des maladies. Les débats sur ce sujet ont débouché sur un certain nombre de décisions et de recommandations dont il a été tenu compte dans le présent document. À la même réunion, les chefs de centres collaborateurs se sont engagés à travailler en concertation avec la Division de l'appréciation de la situation sanitaire et de ses tendances (HST), les Bureaux régionaux ainsi que les organes nationaux et équipes spécialisés en vue de l'élaboration d'un plan commun.

La mise en oeuvre de la stratégie nécessitera de nouveaux échanges de vues entre la HST et les centres collaborateurs, tout comme d'autres services de l'OMS. Il faudra aussi mobiliser des ressources supplémentaires (tant humaines que financières) pour soutenir et renforcer les activités de classification de l'Organisation. Ces activités et leurs résultats, qui étaient une grande partie des travaux de l'OMS, sont d'une importance primordiale pour le développement et l'approfondissement des systèmes d'information sanitaire aux niveaux national, régional et international.

Annexe 2

FAMILLE DES CLASSIFICATIONS RELATIVES AUX MALADIES ET À LA SANTÉ



Mécanisme de mise à jour de la CIM-10

Les recommandations formulées dans le projet de stratégie à long terme de l'OMS (WHO/HST/ICD/C/97.39) et dans les communications des centres nord-américain et nordique concernant la mise à jour de la CIM ont été examinées, après quoi il a été décidé d'aborder la question sous deux angles :

Mise à jour de la classification proprement dite (correction des erreurs et ajouts)

Éclaircissements à apporter en matière d'application et d'interprétation (de la classification et des règles connexes) pour établir une pratique internationale

Après débat, un mécanisme d'examen des questions a été conçu qui incorpore les éléments de chacune des suggestions.

Les participants à la réunion, après débat, ont décidé ce qui suit :

Les mises à jour envisagées devraient porter uniquement sur la CIM-10 et non sur les versions nationales (même si elles proviennent de celles-ci).

Une fois approuvées, les mises à jour devraient être appliquées (le cas échéant) à toutes les versions linguistiques et à toutes les adaptations par spécialité et prises en compte, s'il y a lieu, dans les instruments d'appui.

Deux organes distincts devraient être créés : un Comité de référence pour les mises à jour (ayant un rôle consultatif vis-à-vis du secrétariat et les chefs des centres et travaillant généralement par voie électronique, notamment par courrier électronique et télécopie); et un Groupe de référence sur la mortalité (habilité à prendre des décisions en matière d'application et d'interprétation, travaillant par voie électronique et se réunissant s'il y a lieu une fois par an).

Le Groupe de référence sur la mortalité prendra des décisions relatives à l'application et à l'interprétation de la CIM en matière de mortalité et renverra les questions de mise à jour/modification au Comité de référence pour les mises à jour.

Les problèmes qui seront posés par l'intermédiaire du Forum de la mortalité (groupe de discussion électronique), et qui appellent des décisions en matière d'application et d'interprétation seront transmis au Groupe de référence sur la mortalité.

Les problèmes relatifs à la morbidité devront être transmis aux centres collaborateurs puis au secrétariat qui les communiquera aux membres du Comité de référence pour les mises à jour.

Le Groupe de référence sur la mortalité devra être représenté auprès du Comité des références pour les mises à jour (en ce qui concerne notamment les modifications à apporter aux volumes 1 et 3 qui auraient une incidence en matière d'application et d'interprétation).

Les centres collaborateurs et le secrétariat pourront proposer des candidats pour siéger au Groupe de référence sur la mortalité et au Comité de référence pour les mises à jour (à titre facultatif). Les propositions de candidatures des centres collaborateurs devront parvenir au secrétariat avant le 20 novembre 1997.

Il faudra établir un juste équilibre entre les spécialistes des questions de morbidité et les spécialistes des questions de mortalité au sein du Comité de référence pour les mises à jour. Parmi eux devraient figurer des cliniciens, des nosologistes et des utilisateurs de statistiques fondées sur la classification (épidémiologistes, statisticiens et chercheurs), leur nombre ne dépassant pas 20.

Les membres du Groupe de référence sur la mortalité et du Comité de référence pour les mises à jour devront être remplacés de manière échelonnée pour assurer continuité et équilibre.

Le Comité de référence pour les mises à jour sera coordonné/présidé par un membre du secrétariat.

Le secrétariat désignera le président du Groupe de référence sur la mortalité.

Le Comité de référence pour les mises à jour sera chargé d'élaborer des critères pour l'approbation des modifications de la CIM. Ces critères seront établis dans le cadre du mandat du Comité, qui devra les mettre à l'essai.

Les recommandations faites aux chefs des centres seront fondées sur des questions qui font l'objet d'un consensus parmi les membres du Comité de référence pour les mises à jour, faute de quoi une question pourra être renvoyée aux chefs des centres afin de dégager une solution.

Les décisions du Groupe de référence sur la mortalité devront être accessibles par l'intermédiaire de la page d'accueil CIM-10 de l'OMS (directement ou par un lien hypertexte). Si ces décisions sont accessibles sur plusieurs sites (sites miroirs ou reproductions), les mises à jour devront être simultanées.

Les corrections d'erreurs (typographiques ou orthographiques ou d'incohérences entre les versions, par exemple) devraient être annoncées immédiatement sur la page d'accueil de la CIM-10. Toute correction ayant une incidence sur la collecte des données devra être effectuée dans le cadre du processus annuel de mise à jour et introduite en même temps que les autres éléments de la mise à jour.

Les mises à jour du volume 1 de la CIM-10 (et les modifications connexes de l'index) ne devraient pas prendre effet immédiatement. Pour les statistiques de la mortalité (fondées sur l'année civile), elles s'appliquent à compter du 1^{er} janvier de la deuxième année qui suit la réunion d'octobre des chefs des centres (c'est-à-dire 15 mois plus tard). Pour les statistiques de la morbidité (qui peuvent être fondées sur l'exercice budgétaire/financier), les dates d'application dépendront des mécanismes de mise à jour des pays. Pour éviter toute confusion, il a été recommandé que les mises à jour approuvées à la réunion des chefs des centres ne soient pas communiquées avant le mois de février suivant.

Pour pouvoir être examinées à la réunion d'octobre des chefs des centres, les recommandations du Comité de référence pour les mises à jour et du Groupe de référence sur la mortalité seront soumises avant le 1^{er} août.

Si le Groupe de référence sur la mortalité doit se réunir, il le fera au plus tard vers la fin juin pour que ses recommandations puissent être formulées avant le 1^{er} août.

Bien que la mise à jour de la classification constitue un processus permanent, il n'est pas essentiel d'en faire une opération annuelle. Les mises à jour seront diffusées lorsqu'elles sont suffisamment importantes ou urgentes, ou qu'elles représentent un volume suffisant (compte tenu de leurs incidences sur les diverses versions linguistiques, sur les adaptations par spécialité et sur les instruments d'appui), mais au maximum une fois par an. Il appartiendra au secrétariat de décider des recommandations à faire aux chefs des centres en matière d'application (y compris les recommandations relatives à la date d'entrée en vigueur).

Annexe 5

**AUTRES ACTIVITÉS SPÉCIFIQUES PRÉVUES POUR LA PÉRIODE DE SEPTEMBRE 1997
À DÉCEMBRE 1999**

Élaboration de versions à trois caractères de la CIM-10, en anglais et en français, pour les pays qui n'ont pas l'infrastructure voulue pour la version complète à quatre caractères.

Révision de la CIM-0-2 (CIM-0-3).

Établissement de la CIM-0-3 en français.

Établissement d'une classification internationale des causes extérieures de blessures.

Version finale de l'application de la CIM-10 à la neurologie (ICD-10-NA) et travaux sur la version française.

Révision de la CIHDI (Classification internationale des handicaps, déficiences et incapacités) en coopération avec la Division de la santé mentale et de la prévention des toxicomanies (MSA).

Centre de liaison ONG pour l'Association internationale des registres du cancer et l'Organisation mondiale des médecins de famille (WONCA).

Facilitation des cours de formation TENDON, en anglais et en français, à la demande des Bureaux régionaux.

Élaboration de directives à l'intention des médecins et autres praticiens chargés d'établir des certificats de décès.

Participation à la mise au point d'une approche taxinomique pour la classification des procédures médicales et à l'élaboration de directives pour l'établissement de classifications nationales des procédures.
