

# Innovations et modifications clés des descriptions cliniques et exigences pour le diagnostic du chapitre sur les troubles mentaux, comportementaux et neurodéveloppementaux de la CIM-11 de l'OMS

Cary S. Kogan<sup>1,2</sup>  
Jean Grenier<sup>1,3</sup>  
Sabrina Paterniti<sup>2,4</sup>  
Tahilia Rebello<sup>5</sup>  
Brigitte Khoury<sup>6</sup>  
Anne M. Lovell<sup>7</sup>  
Anne-Claire Stona<sup>8</sup>  
Geoffrey M. Reed<sup>9,10</sup>

<sup>1</sup> École de psychologie, Université d'Ottawa, 136 Jean-Jacques-Lussier Privée, K1N 6N5 Ottawa, Canada

<sup>2</sup> Université d'Ottawa, Institut de recherche en santé mentale, Ottawa, Canada

<sup>3</sup> Institut du savoir Montfort, Hôpital Montfort, Ottawa, Canada

<sup>4</sup> Centre de santé mentale Royal, Ottawa, Canada

<sup>5</sup> Global Mental Health Program, Columbia University and New York State Psychiatric Institute, New York, États-Unis

<sup>6</sup> American University of Beirut, Department of Psychiatry, Beirut, Liban

<sup>7</sup> Directrice de recherche émérite, Inserm, Cermes UMR 8211, Villejuif et Paris, France

<sup>8</sup> Research fellow, Duke NUS Medical School, Singapore

<sup>9</sup> Columbia University Vagelos College of Physicians and Surgeons, Department of Psychiatry, New York, États-Unis

<sup>10</sup> World Health Organization, Department of Mental Health and Substance Use, Genève, Suisse

**Résumé.** En mai 2019, l'Assemblée mondiale de la santé de l'Organisation mondiale de la santé (OMS) a approuvé la *Classification internationale des maladies et des problèmes de santé connexes* (CIM-11) pour les statistiques de mortalité et de morbidité. La version statistique de la CIM-11 est entrée en vigueur le 1<sup>er</sup> janvier 2022. Cet article décrit le processus de révision de la CIM-11 entrepris par l'OMS dans l'élaboration d'une version pour spécialistes de la santé mentale, due pour publication en 2022. Cet effort sans précédent a impliqué des experts, des organisations et membres du public de diverses régions du monde. Nous décrivons également les essais sur le terrain à travers l'internet et en clinique qui ont été utilisés pour vérifier la validité, l'utilité clinique, la fiabilité et l'acceptabilité au sens large de la classification avant sa publication. L'accent est mis sur les aspects du développement de la CIM-11 qui ont fait appel à des parties prenantes francophones. Enfin, le plan de formation des cliniciens et de mise en œuvre de la CIM-11 est discuté.

**Mots clés :** nosologie, CIM, évolution, langue française, CIM-11

**Abstract.** The key innovations and modifications of the clinical descriptions and diagnostic guidelines in the chapter on mental, behavioral, and neurodevelopmental disorders of the International Classification of Diseases (ICD-11). In May 2019, the World Health Assembly of the World Health Organization (WHO) approved the International Classification of Diseases and Related Health Problems (ICD-11) for Mortality and Morbidity Statistics. The statistical version of the ICD-11 was implemented on January 1, 2022. This article describes the process by which the WHO revised the ICD-11 in order to develop a version for mental health specialists, due for publication in 2022. This unprecedented effort involved contributions from experts, organizations, and members of the public from around the world. We also describe the internet- and clinic-based field trials that were carried out in order to verify the classification's validity, clinical utility, reliability, and broad acceptability prior to its publication. We emphasize those aspects of the ICD-11 development process that called on French-speaking stakeholders. Finally, we discuss the plan for training clinicians and for the implementation of the ICD-11.

**Key words:** nosology, ICD, evolution, French language, ICD-11

**Resumen.** Innovaciones y cambios claves en las descripciones clínicas y los requisitos para el diagnóstico del capítulo sobre trastornos mentales, del comportamiento y del neurodesarrollo de la Clasificación Internacional de Enfermedades (CIE-11). En mayo de 2019, la Asamblea Mundial de la Salud de la Organización Mundial de la Salud (OMS), aprobó la Clasificación Internacional de Enfermedades y Problemas de Salud Relacionados (CIE-11) para las estadísticas de mortalidad y morbilidad. La versión estadística de la CIE-11 entró en vigor el 1 de enero de 2022. Este artículo describe el proceso de revisión de la CIE-11 emprendido por la OMS para elaborar una versión para especialistas en salud mental, cuya publicación está prevista para 2022. Este esfuerzo sin precedentes ha contado con la participación de expertos, organizaciones y ciudadanos de diversas regiones del mundo. También describimos los ensayos de campo vía Internet y clínicos que se utilizaron para comprobar la validez, la utilidad clínica, la fiabilidad y la aceptabilidad en general de la clasificación antes de su publicación. Se hace hincapié en los aspectos del desarrollo de la CIE-11 en los que participaron las partes interesadas de habla francesa. Por último, se discute el plan de formación de los clínicos y de implantación de la CIE-11.

**Palabras claves:** nosología, CIE, evolución, lengua francesa, CIE-11

**Correspondance :** C.S. Kogan  
<ckogan@uottawa.ca>

En mai 2019, l'Assemblée mondiale de la santé, constituée des ministres de la Santé des 194 États membres de l'Organisation mondiale de la santé (OMS), a approuvé la *Classification internationale des maladies et des problèmes de santé connexes* (CIM-11) pour les statistiques de mortalité et de morbidité. La CIM-11 est entrée en vigueur le 1<sup>er</sup> janvier 2022, obligeant les États membres à communiquer leurs statistiques sanitaires à l'OMS en utilisant la nouvelle classification. Le français étant l'une des six langues officielles de l'OMS, des traductions de la CIM-11 seront mises à la disposition des utilisateurs de la communauté francophone.

Le Département de la santé mentale et de la toxicomanie de l'OMS a été chargé d'élaborer le matériel de plusieurs chapitres, en particulier pour les troubles mentaux, comportementaux et neurodéveloppementaux, les troubles du système nerveux, les troubles du sommeil et de l'éveil, et les affections liées à la santé sexuelle. Ce dernier chapitre a été préparé en collaboration avec le Département santé et recherche génésiques de l'OMS. Comme pour la CIM-10, le Département de la santé mentale et de la toxicomanie de l'OMS a reconnu que l'élaboration de différentes versions de la CIM-11 serait nécessaire pour répondre à des applications et des contextes particuliers, que ce soit pour la pratique clinique, la recherche ou les statistiques sanitaires. La version la plus élaborée de la CIM-11 est la *Description clinique et exigences en matière de diagnostic* (DCED), qui est destinée à être utilisée par les spécialistes de la santé mentale dans le contexte de la pratique clinique, de l'éducation et des services cliniques. Alors que la version statistique du chapitre sur la santé mentale de la CIM-11 fournit des codes pour chaque catégorie de troubles mentaux ainsi qu'une brève définition, la DCED comprend des informations plus élaborées permettant aux spécialistes de la santé mentale d'établir des diagnostics différentiels compétents. Ainsi, pour chaque catégorie de diagnostic, le DCED inclut les informations suivantes :

- 1) les caractéristiques essentielles ou requises du trouble ;
- 2) les caractéristiques cliniques supplémentaires qui peuvent être présentes dans certains cas ;
- 3) les limites importantes à considérer pour différencier chaque trouble par rapport à la normalité ;
- 4) les limites importantes à considérer pour différencier un trouble d'autres maladies et troubles ;
- 5) les caractéristiques de l'évolution du trouble ;
- 6) les aspects développementaux importants du trouble, le cas échéant ;
- 7) les caractéristiques interculturelles importantes, le cas échéant ; et
- 8) les différences importantes de sexe et/ou de genre dans la présentation du trouble, le cas échéant.

Nous prévoyons que, tout comme son prédécesseur [1], la CIM-11 DCED sera consultée et utilisée régulièrement par les cliniciens et diagnosticiens.

Après plus d'une décennie d'efforts systématiques et coordonnés, la publication de la CIM-11 DCED est imminente. La CIM-11 DCED est le fruit du travail de centaines d'experts en contenu qui ont servi en tant que consultants ou membres de groupes consultatifs ou groupes de travail sur des sujets spécifiques (par exemple, le groupe de travail sur les troubles spécifiquement associés aux facteurs de stress). Ces contributeurs ont été recrutés dans toutes les régions de l'OMS afin d'assurer une bonne représentativité et sensibilité interculturelle, tant dans le processus que dans le contenu de la révision. Le processus a également nécessité une étroite collaboration avec les États membres de l'OMS, les organismes de financement et les sociétés professionnelles et scientifiques. En résumé, l'élaboration de la CIM-11 DCED a été le processus de révision le plus mondial, multilingue (y compris en français), multidisciplinaire et collaboratif jamais mis en œuvre pour une classification des troubles mentaux. Une version électronique du DCED de la CIM-11 a été intégrée à la version de la CIM-11 sur la morbidité et la mortalité, en ligne sur <https://icd.who.int/dev11/l-m/en>. Une version française du DCED apparaîtra sur la plateforme et sera disponible gratuitement dans les prochains mois. Nous décrivons brièvement ci-dessous les innovations apportées par la classification, les tests sur le terrain réalisés avant la publication, ainsi que la stratégie de formation et de mise en œuvre alors que la CIM-11 DCED commence à être utilisée en pratique clinique.

## Principes et innovations de la CIM-11 DCED

Avant la révision de la CIM-10, le groupe consultatif (GC) a fixé des objectifs clés pour le chapitre sur les troubles mentaux, comportementaux et neurodéveloppementaux. Le GC a constaté que l'une des principales faiblesses de la CIM-10 était son utilité clinique non optimale [2, 3]. Les membres du GC ont reconnu que, sans une classification cliniquement utile, la possibilité de traduire les visites médicales en décisions cliniques et en données de santé significatives et utiles serait compromise. Ainsi, un principe primordial visé dans l'élaboration du contenu et de la structure de la CIM-11 était d'en arriver à un outil ayant la capacité d'améliorer de façon démontrable son utilité clinique. L'utilité clinique a été opérationnalisée comme comprenant trois composantes : 1) la valeur de communication ; 2) les caractéristiques de mise en œuvre dans la pratique clinique ; et 3) l'utilité pour la prise de décisions et la gestion clinique [3]. Malgré l'accent mis sur l'utilité clinique, le GC a également déclaré que la classification devait être valide, fondée sur les derniers résultats de recherche et fiable. En outre, le GC a cherché à s'assurer que la classification serait applicable à des contextes hétérogènes dans le monde entier. Enfin, l'OMS a cherché à élaborer

une classification qui s'insère bien dans sa mission de réduire le fardeau de morbidités à l'échelle mondiale en dotant les professionnels de la santé d'un outil pratique pour identifier les patients nécessitant des soins.

Une innovation procédurale importante a été introduite lors de la préparation de la CIM-11 DCED pour remédier aux incohérences d'informations présentées dans certains diagnostics de la CIM-10. Pour remédier à cette lacune, les groupes de travail (GT) spécialisés dans un sujet donné ont été chargés de soumettre leurs recommandations à l'OMS sous la forme d'un modèle standardisé dans lequel les informations (le cas échéant), pour chaque section de la DCED, devaient être complétées pour chaque catégorie de diagnostic. Grâce à ces informations, qui étaient étayées par des références à des ouvrages clés, le Département santé mentale et toxicomanie de l'OMS a pu examiner et élaborer du matériel pour le DCED (voir [4] pour une description plus complète du processus d'élaboration de ce matériel et de la structure du matériel du DCED). Les membres du groupe de travail, dont certains avaient également siégé à des comités du DSM-5, ont également été invités à tenir compte des conceptualisations du DSM-5 [5] lors de l'élaboration de leurs recommandations. Plus précisément, le groupe de travail a évalué la structure et le contenu du DSM-5 en termes d'utilité clinique et de pertinence pour une utilisation dans un contexte mondial. L'intention était de minimiser toute différence jugée inutile entre les deux classifications [6].

Une autre innovation importante de la classification CIM-11 est son approche dans la définition des cas positifs. Chaque trouble est défini selon la présence ou non de caractéristiques essentielles, c'est-à-dire requises : les symptômes ou les signes que l'on s'attend à trouver chez toute personne atteinte du trouble. Il est important de noter que les attributs tels que la durée prévue des symptômes ou le nombre et le type de symptômes ne sont pas définis comme des seuils précis, mais plutôt comme des étendues d'ordre général, à moins que l'évidence ou une raison impérieuse ne justifient la nécessité d'un seuil plus précis. Par exemple, plutôt que d'indiquer que les symptômes du trouble anxieux généralisé doivent être présents depuis au moins six mois (un seuil en quelque sorte arbitraire), les caractéristiques essentielles de la CIM-11 indiquent que les symptômes doivent être présents depuis plusieurs mois. Cette approche reflète mieux la manière dont les clinicien(ne)s utilisent les classifications dans la pratique. Elle améliore également l'utilité clinique en permettant aux clinicien(ne)s d'appliquer leur expérience et jugement clinique ainsi que leur expertise, liés à leur contexte et milieu de pratique (par exemple, les variations culturelles dans la présentation des symptômes). L'introduction de la flexibilité dans la DCED est conforme aux points de vue et aux opinions des psychiatres [7], y compris les psychiatres francophones [8], ainsi que des psychologues [9] consultés dans le cadre d'essais formatifs sur

le terrain avant le développement du matériel de la CIM-11 sur ce qu'ils percevaient comme étant utile pour une classification de santé mentale.

Le groupe de travail a également apporté son expertise sur la meilleure façon d'établir la frontière entre les troubles et les variations normales de l'affect, de la cognition et du comportement pour chacune des catégories de diagnostic incluses dans la CIM-11. De même, une section sur la différenciation de chaque trouble par rapport à d'autres troubles mentaux dont la symptomatologie est partagée ou qui doivent être exclus, ou encore qui sont des conditions communément co-occurentes, a été développée pour chaque catégorie de diagnostic (c'est-à-dire les limites avec d'autres troubles et conditions).

La CIM-10 a séparé de nombreux troubles qui se manifestent pendant l'enfance et l'adolescence de ceux qui sont présumés se manifester exclusivement à l'âge adulte. En revanche, la CIM-11 adopte une approche de la psychopathologie fondée sur la durée de vie, reconnaissant ainsi la continuité de divers troubles, même si la présentation des symptômes varie au cours du développement. Dans cette optique, une section sur les aspects développementaux est incluse pour ces troubles lorsque cela est pertinent pour expliquer la nature de cette variabilité.

Compte tenu de la mise en œuvre de la CIM-11 à l'échelle mondiale, l'influence de la culture sur la présentation des troubles a été soigneusement prise en compte par tous les GT, qui étaient composés d'un groupe diversifié de clinicien(ne)s et de chercheurs/chercheuses travaillant dans toutes les régions de l'OMS. Un groupe de travail transversal sur les considérations culturelles a également été créé pour examiner le DSM-5, la CIM-10 ainsi que la littérature existante. Ce groupe de travail a élaboré des propositions pour une section sur les caractéristiques liées à la culture pour les troubles dont on sait que les présentations symptomatiques, les idiomes de détresse et les différences de seuil diagnostique sont influencés par des facteurs culturels [10]. De même, une section sur les caractéristiques liées au sexe et/ou au genre est incluse dans les cas où il existe des différences significatives entre le sexe et/ou le genre dans les caractéristiques des troubles, que ce soit dans le type de symptôme, l'apparition, ou la prévalence.

Les développeurs de la CIM-11 ont reconnu que le fait de travailler dans le cadre d'une nosologie strictement catégorielle, nécessaire au bon fonctionnement des systèmes de santé et à la collecte de statistiques sanitaires, n'exclut pas la possibilité de représenter la psychopathologie de manière dimensionnelle dans la classification. Saisir l'aspect dimensionnel des troubles mentaux permet d'arriver à un meilleur équilibre sur le plan de la pratique et de l'utilité clinique en prenant mieux compte de présentations différentes de symptômes et d'éclairer la sélection des traitements et la gestion des cas (par exemple [11]). Les progrès considérables réalisés dans le domaine des technologies de

l'information depuis la publication de la CIM-10 ont permis aux développeurs de la CIM-11 d'intégrer les aspects dimensionnels des catégories de diagnostic lorsque cela était pertinent. Deux types de dimensionnalité sont représentés dans la CIM-11 DCED. Le premier permet aux cliniciens de spécifier la gravité de certains troubles (par exemple, épisode dépressif) lorsque cela a des implications importantes pour les soins. Deuxièmement, des spécificateurs qui reflètent l'hétérogénéité de la présentation des symptômes, y compris le degré de leur présence, sont disponibles pour certains groupes de troubles, notamment la schizophrénie et les autres troubles psychotiques primaires, qui peuvent être décrits en fonction de six caractéristiques symptomatiques distinctes (par exemple, les symptômes positifs), puis en fonction de leur degré de gravité. De plus, les troubles de la personnalité sont d'abord diagnostiqués dans la CIM-11 selon les caractéristiques générales essentielles et le niveau de sévérité (léger, modéré et sévère) et ensuite, de manière facultative, selon cinq traits différents, c'est-à-dire l'affectivité négative, le détachement, la dissociabilité, la désinhibition et l'anankastie. Ces traits correspondent à des modèles dimensionnels, sur un continuum avec le modèle à cinq facteurs de la structure de la personnalité couramment utilisé [12]. Ce type de classification est cohérent avec de nombreuses recherches, qui suggèrent qu'il est préférable de caractériser les traits de personnalité comme une construction dimensionnelle qui est continue avec les caractéristiques non pathologiques de la personnalité (par exemple [13]). Cette innovation permet un moyen simple de saisir toute la gamme de gravité associée aux troubles de la personnalité (par exemple, lorsqu'ils sont présents dans un environnement non spécialisé) ainsi qu'une conceptualisation de cas personnalisée plus raffinée (dans des environnements spécialisés, par exemple) qui peut être utilisée pour développer des interventions ciblées.

### Essai sur le terrain de la CIM-11 DCED

Malgré les innovations importantes dans le processus et le contenu, décrites ci-dessus et l'attente d'une amélioration pour les principaux objectifs établis par le GC, l'OMS a insisté pour évaluer de manière empirique le succès ou l'échec de la CIM-11 DCED dans l'amélioration de son utilité clinique, de sa validité et de son efficacité, et la fiabilité par rapport à son prédécesseur. Au début du processus de révision, le GC a créé un groupe de coordination des études sur le terrain afin d'établir un cadre pour la conception et la mise en œuvre d'études visant à évaluer la CIM-11 DCED, ainsi que pour la formulation de recommandations fondées sur les résultats. Les données générées par ces études ont également constitué la base d'une vaste collection de recherches évaluées par des pairs sur la CIM-11 DCED. Il est important de noter que les études de terrain sur la CIM-11 DCED étaient de nature

développementale, c'est-à-dire que les résultats ont été utilisés pour apporter des révisions supplémentaires à la classification avant sa finalisation et sa publication.

Les études de terrain sur le développement de la CIM-11 DCED ont été menées selon deux méthodologies différentes. Premièrement, des études cas-témoins ont été menées sur Internet en recrutant des participants du Réseau mondial de la pratique clinique (GCPN), un groupe international de diagnosticiens de la santé mentale créé par l'OMS dans le but exprès de recueillir des données sur les propositions de la CIM-11 DCED. Ces études cas-témoins ont mis l'accent sur la validité interne et ont comparé des catégories diagnostiques spécifiques de la CIM-10 à celles de la CIM-11 DCED. Deuxièmement, des études de terrain basées sur la clinique ont été menées pour examiner la performance de la CIM-11 DCED dans des contextes réels avec des patients. Dans les deux types d'essais, en plus d'examiner la fiabilité et, dans une certaine mesure, la validité, l'utilité clinique a été systématiquement évaluée. Les deux types d'études de terrain sont décrits plus en détail ci-dessous.

### Études de cas-témoin sur le terrain

La première série d'essais sur le terrain pour la CIM-11 DCED était axée sur la mise à l'épreuve de changements conceptuels spécifiques proposés pour la CIM-11 à l'aide de vignettes cliniques permettant d'évaluer si la cohérence du diagnostic et l'utilité clinique étaient améliorées par rapport à la CIM-10 (voir [14]). La conception des études a permis d'évaluer les données au niveau des caractéristiques (c'est-à-dire les composantes des caractéristiques essentielles pour chaque catégorie de diagnostic testée) lorsque la fiabilité ou l'utilité clinique était inférieure aux attentes. Ces données ont permis de réviser la CIM-11 DCED. Les études de cas-témoin sur le terrain ont été mises en œuvre sur Internet dans le monde entier, en recrutant des participants parmi les quelque 17 000 professionnels de la santé mentale membres du Réseau mondial de pratique clinique dans plus de 160 pays ([gcp.network](http://gcp.network), [15]). Des efforts ont été faits très tôt pour recruter des francophones pour rejoindre le GCPN (voir [8]), et le réseau comprend des psychiatres, des psychologues et d'autres professionnels de la santé mentale de toute la francophonie, soit 1202 membres déclarant parler couramment le français. Bien que les membres du GCPN aient pu choisir de réaliser des études de terrain en anglais, de nombreuses études cas-témoins ont été traduites en français. Les groupes de diagnostics suivants ont été testés en français : troubles de l'alimentation et du comportement alimentaire ; schizophrénie et autres troubles psychotiques ; troubles anxieux et liés à la peur ; troubles obsessionnels compulsifs et apparentés ; problèmes relationnels et maltraitances. Les traductions en français ont fait l'objet d'un processus rigoureux de traduction

vers le français et puis du français vers l'anglais, et ceci par des francophones de différentes régions du monde afin de garantir la généralisation et la compréhension à travers les régions. En général, les résultats des différentes versions linguistiques des études étaient les mêmes, quelle que soit la langue ou la région d'origine des participants.

Dans l'ensemble, les résultats des études de cas-témoin sur le terrain ont démontré que la CIM-11 DCED était plus performante que la CIM-10 Descriptions cliniques et directives pour le diagnostic (DCDD) [16] en termes de fiabilité et d'utilité clinique [17-21]. L'examen de 10 troubles mentaux courants a révélé que la CIM-11 DCED a donné lieu à une concordance diagnostique significativement plus élevée (71,9 % contre 53,2 %), ainsi qu'à une plus grande facilité d'utilisation, une plus grande clarté, une meilleure qualité d'ajustement et un temps plus court pour établir un diagnostic par rapport à la CIM-10 [22]. Cependant, dans plusieurs cas notables, les résultats des études cas-témoins ont révélé des problèmes avec les propositions de la CIM-11 DCED. Ces données ont été renvoyées au GT pour être étudiées plus en détail et pour proposer des révisions. Par exemple, les données de l'étude de terrain cas-témoins sur les troubles spécifiquement associés au stress ont révélé que la conceptualisation de la caractéristique essentielle de la ré-expérience était trop étroite, se concentrant uniquement sur les aspects cognitifs de ce symptôme [17]. Sur la base de ces résultats, le GT a proposé d'élargir le concept pour inclure les aspects affectifs de la ré-expérience. Ce changement est reflété dans la version utilisée dans l'étude de terrain sur la mise en œuvre écologique, décrite ci-après.

### Étude de terrain sur la mise en œuvre écologique

Alors que les études de terrain cas-témoins utilisant des vignettes ont fourni d'excellentes informations sur la performance de la CIM-11 DCED dans des conditions étroitement contrôlées, le Groupe de coordination des études de terrain (GCET) a recommandé que la classification soit également évaluée en milieu clinique avec des patients. L'étude sur le terrain de mise en œuvre écologique était principalement axée sur les troubles dont la charge de morbidité mondiale est la plus élevée, ainsi que sur ceux dont la cohérence diagnostique était inacceptable dans les études sur le terrain contrôlées par cas [23]. L'OMS a choisi d'utiliser une approche inter-évaluateurs selon laquelle deux cliniciens ont interrogé les patients recrutés car elle cherchait à évaluer directement la fiabilité de la classification indépendamment de la variabilité du rapport du patient, de la technique d'entretien du clinicien, ou de la variation des symptômes dans le temps. En outre, l'utilité clinique de la classification a été évaluée pour chaque catégorie de dia-

gnostic incluse [24]. Treize pays ont participé à l'essai et ont inclus 1806 patients évalués par un total de 339 cliniciens. Les résultats pour les diagnostics inclus, la CIM-11 DCED a démontré une bonne à excellente fiabilité selon le diagnostic dans des contextes naturalistes à travers le monde [23]. Bien qu'il ne soit pas possible de faire une comparaison directe entre les résultats des essais sur le terrain de la CIM-10 et de la CIM-11 en raison des méthodologies divergentes, les résultats globaux suggèrent que la CIM-11 DCED a donné des résultats similaires ou supérieurs à la CIM-10 pour la plupart des troubles. Dans certains cas, les augmentations de la concordance diagnostique étaient assez importantes (par exemple, les kappas pour le trouble schizo-affectif étaient de 0,67 pour la CIM-11 et de 0,48 pour la CIM-10, respectivement).

En ce qui concerne l'utilité clinique, les DCED de la CIM-11 ont été perçues comme étant faciles à utiliser, correspondant bien aux présentations des patients (c'est-à-dire la qualité d'ajustement), claires et compréhensibles, fournissant un niveau de détail approprié, prenant à peu près le même temps ou moins de temps que la pratique habituelle des cliniciens, et fournissant des conseils utiles pour distinguer le trouble de la normalité et des autres troubles.

### Autres études sur le terrain sur la CIM-11 DCED

Outre les principales études décrites ci-dessus, de nombreuses autres études à visées spécifiques ont été menées (par exemple sur les troubles du développement intellectuel et l'autisme [25]). Une autre innovation clé de la CIM-11 DCED a été la participation des patients et de leurs aidants au processus d'élaboration [26]. Les patients et les soignants ont apporté leur contribution sur des questions critiques telles que le placement de l'incongruence de genre en dehors du chapitre des troubles mentaux, comportementaux et neurodéveloppementaux [27, 28]. L'acceptabilité par les patients des descriptions diagnostiques des troubles à forte charge de morbidité a également été évaluée avec des groupes de patients à l'échelle internationale. Lorsque le langage s'est avéré stigmatisant ou ambigu, des modifications ont été apportées à la version finale de la CIM-11 DCED [21]. Enfin, les parties prenantes issues du public ont pu soumettre des commentaires sur la structure et le contenu proposés du chapitre sur les troubles mentaux, comportementaux et neurodéveloppementaux de la CIM-11 [29]. De nombreux commentaires portaient sur le trouble du comportement sexuel compulsif, le trouble de stress post-traumatique complexe, la détresse corporelle et les conditions de santé sexuelle, y compris l'incongruence de genre. Ces soumissions ont été soigneusement examinées et prises en compte et ont contribué à des révisions supplémentaires du DCED.

## Mise en œuvre et formation

Avec la mise en œuvre de la version statistique de la CIM-11 en janvier 2022 et l'arrivée imminente de la CIM-11 DCED pour une utilisation clinique et de recherche, l'OMS a élaboré un plan de formation et de mise en œuvre en consultation avec un groupe consultatif pour la formation et la mise en œuvre (AGTI) qui a été constitué en 2018. L'AGTI est composé d'un groupe diversifié d'anciens membres de l'AG, du GCET, ainsi que d'experts en classification issus des agences gouvernementales de certains États membres. Malgré la fiabilité et l'utilité clinique généralement excellentes observées dans les études de terrain, une formation sur les principaux changements apportés à la structure et au contenu de la CIM-11 permettra d'améliorer la cohérence de l'application de la DCED comme prévu. Pour atteindre cet objectif, le GCPN (<https://gcp.network>) a fait pivoter ses activités, passant d'une plateforme de collecte de données pour la CIM-11 à un outil de ressources pour la formation à la diffusion. Les membres du GCPN peuvent accéder à des unités de formation asynchrones qui couvrent la plupart des domaines de la CIM-11 DCED et comprennent des contrôles de connaissances ainsi que la possibilité d'imprimer des certificats d'achèvement. Des sessions de formation en direct sont également proposées par l'Association mondiale de psychiatrie en partenariat avec la Global Mental Health Academy, basée au Centre collaborateur de l'OMS à l'université de Columbia.

Un entretien clinique structuré pour la CIM-11 (SCII-11) a également été mis au point. Il fournit un ensemble complet de questions standardisées permettant d'obtenir les informations nécessaires à l'évaluation de nombreuses catégories diagnostiques de la classification chez les personnes âgées de 16 ans et plus. Le SCII-11 fait actuellement l'objet de tests sur le terrain et sera probablement disponible à faible coût pour les chercheurs et les cliniciens en 2023.

Le Département Santé mentale et abus de substances psychoactives de l'OMS travaille avec les États membres, les centres universitaires, les centres collaborateurs, les organisations professionnelles et scientifiques ainsi que les membres des sociétés civiles pour assurer une transition en douceur de la CIM-10 à la CIM-11 dans le monde entier, y compris en français dans toute la francophonie.

**Liens d'intérêt** Les auteurs déclarent n'avoir aucun lien d'intérêt en rapport avec cet article.

## Références

1. First MB, Rebello TJ, Keeley JW, et al. Do mental health professionals use diagnostic classifications the way we think they do? A global survey. *World Psychiatry* 2018; 17: 187-95.

2. International Advisory Group for the Revision of ICD-10 Mental and Behavioural Disorders. A conceptual framework for the revision of the ICD-10 classification of mental and behavioural disorders. *World Psychiatry* 2011; 10: 86-92.
3. Reed GM. Toward ICD-11: Improving the clinical utility of WHO's International Classification of mental disorders. *Professional Psychology: Research and Practice* 2010; 41: 457-64.
4. First MB, Reed GM, Hyman SE, Saxena S. The development of the ICD-11 clinical descriptions and diagnostic guidelines for mental and behavioural disorders. *World Psychiatry* 2015; 14: 82-90.
5. American Psychiatric Association *Diagnostic and statistical manual of mental disorders*, 5<sup>th</sup> ed. Washington (DC): American Psychiatric Association, 2013.
6. First MB, Gaebel W, Maj M, et al. An organization- and category-level comparison of diagnostic requirements for mental disorders in ICD-11 and DSM-5. *World Psychiatry* 2021; 20: 34-51.
7. Reed GM, Mendonça Correia J, Esparza P, Saxena S, Maj M. The WPA-WHO global survey of psychiatrists' attitudes towards mental disorders classification. *World Psychiatry* 2011; 10: 118-31.
8. Reed G, Daumerie N, Marsili M, Desmons P, Lovell A, Garcin V, Roelandt J-LL. Développement de la CIM-11 de l'OMS dans les pays francophones. *Inf Psychiatr* 2013; 89: 303-9.
9. Roberts MC, Reed GM, Medina-Mora ME, et al. A global clinicians' map of mental disorders to improve ICD-11: analysing meta-structure to enhance clinical utility. *Int Rev Psychiatry* 2012; 24: 578-90.
10. Gureje O, Lewis-Fernandez R, Hall BJ, Reed GM. Systematic inclusion of culture-related information in ICD-11. *World Psychiatry* 2019; 18: 357-8.
11. Helzer JE, Kraemer HC, Krueger RF. The feasibility and need for dimensional psychiatric diagnoses. *Psychol Med* 2006; 36: 1671-80.
12. Oltmanns JR. Personality Traits in the International Classification of Diseases 11th Revision (ICD-11). *Curr Opin Psychiatry* 2021; 34: 48-53.
13. Chmielewski M, Watson D. The heterogeneous structure of schizotypal personality disorder: item-level factors of the Schizotypal Personality Questionnaire and their associations with obsessive-compulsive disorder symptoms, dissociative tendencies, and normal personality. *J Abnorm Psychol* 2008; 117: 364-76.
14. Keeley JW, Reed GM, Roberts MC, et al. Developing a science of clinical utility in diagnostic classification systems field study strategies for ICD-11 mental and behavioral disorders. *Am Psychol* 2016; 71: 3-16.
15. Reed GM, Rebello TJ, Pike KM, et al. WHO's Global Clinical Practice Network for mental health. *Lancet Psychiatry* 2015; 2: 379-80.
16. World Health Organization *International classification of diseases and related health problems*, 10<sup>th</sup> revision. Geneva, Switzerland: World Health Organization, 1992.
17. Keeley JW, Reed GM, Roberts MC, et al. Disorders specifically associated with stress: A case-controlled field study for ICD-11 mental and behavioural disorders. *Int J Clin Health Psychol* 2016; 16: 109-27.
18. Claudino AM, Pike KM, Hay P, et al. The classification of feeding and eating disorders in the ICD-11: results of a field study comparing proposed ICD-11 guidelines with existing ICD-10 guidelines. *BMC Med* 2019; 17: 93.
19. Kogan CS, Maj M, Rebello TJ, et al. A global field study of the international classification of diseases (ICD-11) mood disorders clinical descriptions and diagnostic guidelines. *J Affect Disord* 2021; 295: 1138-50.
20. Kogan CS, Stein DJ, Rebello TJ, et al. Accuracy of diagnostic judgments using ICD-11 vs. ICD-10 diagnostic guidelines for obsessive-compulsive and related disorders. *J Affect Disord*. 2020; 273: 328-40.
21. Rebello TJ, Keeley JW, Kogan CS, et al. Anxiety and fear-related disorders in the ICD-11: results from a global case-controlled field study. *Arch Med Res* 2019; 50: 490-501.
22. Pezzella P. The ICD-11 is now officially in effect. *World Psychiatry* 2022; 21: 331-2.
23. Reed GM, Sharan P, Rebello TJ, et al. The ICD-11 developmental field study of reliability of diagnoses of high-burden mental disorders: results among adult patients in mental health settings of 13 countries. *World Psychiatry* 2018; 17: 174-86.

24. Reed GM, Keeley JW, Rebello TJ, *et al.* Clinical utility of ICD-11 diagnostic guidelines for high-burden mental disorders: results from mental health settings in 13 countries. *World Psychiatry* 2018; 17: 306-15.
25. Lemay KR, Kogan CS, Rebello TJ, *et al.* An international field study of the ICD-11 behavioural indicators for disorders of intellectual development. *J Intellect Disabil Res* 2022; 66: 376-91.
26. Hackmann C, Balhara YPS, Clayman K, *et al.* Perspectives on ICD-11 to understand and improve mental health diagnosis using expertise by experience (Include Study): an international qualitative study. *Lancet Psychiatry* 2019; 6: 778-85.
27. Robles R, Keeley JW, Vega-Ramírez H, *et al.* Validity of categories related to gender identity in ICD-11 and DSM-5 among transgender individuals who seek gender-affirming medical procedures. *Int J Clin Health Psychol* 2022; 22: 100281.
28. Askevis-Leherpeux F, de la Chenelière M, Baleige A, *et al.* Why and how to support depsychiatrisation of adult transidentity in ICD-11: a french study. *Eur Psychiatry* 2019; 59: 8-14.
29. Fuss J, Lemay K, Stein DJ, Briken P, Jakob R, Reed GM, Kogan CS. Public stakeholders' comments on ICD-11 chapters related to mental and sexual health. *World Psychiatry* 2019; 18: 233-5.