La CFTMEA R 2010, présentation des modifications de l'axe I

R. Misès, C. Bursztejn, M. Botbol, J. Garrabé, N. Garret Gloanec, B. Golse, J.-P. Raynaud, G. Schmit, Y. Coincon, B. Durand, et al.

► To cite this version:

R. Misès, C. Bursztejn, M. Botbol, J. Garrabé, N. Garret Gloanec, et al.. La CFTMEA R 2010, présentation des modifications de l'axe I. *Annales Médico-Psychologiques, Revue Psychiatrique*, 2011, 169 (4), pp.248. 10.1016/j.amp.2011.03.006 . hal-00748145

HAL Id: hal-00748145

<https://hal.science/hal-00748145>

Submitted on 5 Nov 2012

HAL is a multi-disciplinary open access archive for the deposit and dissemination of scientific research documents, whether they are published or not. The documents may come from teaching and research institutions in France or abroad, or from public or private research centers.

L'archive ouverte pluridisciplinaire **HAL**, est destinée au dépôt et à la diffusion de documents scientifiques de niveau recherche, publiés ou non, émanant des établissements d'enseignement et de recherche français ou étrangers, des laboratoires publics ou privés.

Accepted Manuscript

Title: La CFTMEA R 2010, présentation des modifications de l'axe I

Authors: R. Misès, C. Bursztejn, M. Botbol, J. Garrabé, N. Garret Gloanec, B. Golse, J.-P. Raynaud, G. Schmit, Y. Coincon, B. Durand, Ch. Portelli, J.-P. Thévenot

PII: S0003-4487(11)00071-0
DOI: doi:10.1016/j.amp.2011.03.006
Reference: AMEPSY 1313

To appear in: *Annales Médico-Psychologiques*

Please cite this article as: Misès R, Bursztejn C, Botbol M, Garrabé J, Gloanec NG, Golse B, Raynaud J-P, Schmit G, Coincon Y, Durand B, Portelli Ch, Thévenot J-P, La CFTMEA R 2010, présentation des modifications de l'axe I, *Annales médico-psychologiques* (2010), doi:10.1016/j.amp.2011.03.006

This is a PDF file of an unedited manuscript that has been accepted for publication. As a service to our customers we are providing this early version of the manuscript. The manuscript will undergo copyediting, typesetting, and review of the resulting proof before it is published in its final form. Please note that during the production process errors may be discovered which could affect the content, and all legal disclaimers that apply to the journal pertain.

*Communication***La CFTMEA R 2010, présentation des modifications de l'axe I****The CFTMEA R 2010, new revision of the axis I**

**R. Misès^a, C. Bursztejn^b *, M. Botbol^c, J. Garrabé^d, N. Garret Gloanec^e, B. Golse^f,
J.-P. Raynaud^g, G. Schmit^h, Y. Coinçonⁱ, B. Durand^j, Ch. Portelli^k, J.-P. Thévenot^l**

- a) Pr Roger Misès, 21 rue Barbet-de-Jouy, 75007, Paris, France
- b) Pr Claude Bursztejn, CHRU Hôpital civil, 1 place de l'Hôpital, 67091 Strasbourg cedex, France
- c) Dr Michel Botbol, Psychiatre des Hôpitaux, Clinique Dupré, 30 avenue F.-Roosevelt, 92331 Sceaux cedex, France
- d) Dr Jean Garrabé, Psychiatre des Hôpitaux, 7, place Pinel, 75013 Paris, France
- e) Dr Nicole Garret Gloanec, P.H., Centre nantais de la parentalité, 27, square La Pérouse, 44000 Nantes, France
- f) Dr Bernard Golse, pédopsychiatre, hôpital Necker, 149 rue de Sèvres, 75743 Paris cedex 15, France
- g) Dr Jean-Philippe Raynaud, CHU de Toulouse Hôpital La Grave, TSA 60033, 31059 Toulouse cedex 9, France
- h) Dr Gérard Schmit, CHRU Hôpital R. Debré, avenue du Général Koenig, 51092 Reims cedex, France
- i) Dr Yvonne Coinçon, pédopsychiatre, chef de secteur de psychiatrie infanto-juvénile 8 rue Servan 38000 Grenoble, France
- j) Dr B. Durand, 121 avenue d'Italie, 75013 Paris, France
- k) Dr Christian Portelli, Psychiatre des Hôpitaux, Médecin Directeur du CMPP de Boulogne, 12 rue Émile Landrin, 92100 Boulogne-Billancourt, France
- l) Dr Jean-Pierre Thévenot, Psychiatre des Hôpitaux, CMP, 20 villa Compoint, 75017 Paris, France

* Auteur correspondant : Pr Claude Bursztejn, CHRU Hôpital civil, 1 place de l'Hôpital, 67091 Strasbourg cedex, France

Adresse email : claud.bursztejn@chru-strasbourg.fr

Résumé

La CFTMEA, classification multiaxiale spécifique de la psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent, se différencie du chapitre V de la CIM-10, ainsi que du DSM-IV, classifications syndromiques, par son organisation hiérarchisée.

L'axe I comporte cinq groupes de catégories principales mutuellement exclusives, correspondant à des structures psychopathologiques en référence aux conceptions psychodynamiques. Des catégories complémentaires permettant le recueil des éléments significatifs du tableau clinique sont à resituer dans l'une des organisations structurales.

Cette nouvelle révision (CFTMEA R 2010) a permis d'assurer une compatibilité pratiquement complète avec le chapitre V de la CIM-10, et de compléter les items proposés en catégorie complémentaire (ajout d'un chapitre), tout en conservant l'organisation d'ensemble de la classification.

Mots clés : Adolescent ; Classification ; Enfant ; Psychopathologie

Abstract

The French Classification of Child and Adolescent Psychiatry is a multiaxial diagnostic system specifically devoted to these ages. Unlike the Vth chapter of ICD-10 and the DSM-IV, which are syndromic classifications, it is organized on a hierarchical basis.

On axis I, five groups of principal categories are exclusive and correspond to psychopathological structures, in reference to psychodynamic concepts. Complementary categories are used to record significant clinical features, which have to be associated to one the psychopathological structure.

This new revision (CFTMEA R 2010) ensures an almost total compatibility with the Vth chapter of ICD-10; and brings more complementary items (one complete chapter has been added), while the general organization of the classification is maintained.

Keywords: Adolescent; Child; Classification; Psychopathology

La publication du DSM-III, en 1980 [1], a marqué un tournant dans l'histoire des classifications que vient de rappeler Jean Garrabé : ses critères diagnostiques explicites, ses descriptions apparemment indépendantes de théorie étiopathogénique, son organisation multiaxiale, qui en faisait un guide clair et précis, l'efficacité enfin de sa diffusion, l'ont imposé au niveau international. La classification américaine a, depuis, exercé une influence indéniable sur les publications, ainsi que sur la X^e édition de la Classification de l'OMS (CIM-10) [8,9,11].

1. Les classifications psychiatriques actuelles

Comme on le sait, le DSM-IV [2], comme le chapitre V de la CIM-10, sont des classifications syndromiques. Pour ces classifications, la pertinence d'un syndrome est jugée sur la stabilité statistique du regroupement des signes caractéristiques – essentiellement comportementaux – et sur la fiabilité interjuge qu'assure sa description [9].

Si ces classifications se sont révélées efficaces dans le champ de la recherche en assurant la cohérence des diagnostics et en facilitant la communication scientifique, elles n'en ont pas moins suscité des critiques.

On doit d'abord noter qu'elles tendent à mettre sur le même plan des manifestations de nature très hétérogène. Ainsi, des organisations pathologiques (comme l'autisme ou la schizophrénie), des retards ou écarts par rapport à une norme développementale, des situations relationnelles (la rivalité fraternelle, item de la CIM-10), ou sociale (troubles des conduites), sont tous qualifiés de « trouble » (*disorder*) et critérisés de manière analogue.

D'autre part, il y a la prétention d'athéorisme, affirmée lors de la sortie du DSM-III, aujourd'hui largement contestée : il est assez évident que toutes ces catégories diagnostiques sont abordées selon un modèle biomédical, sans que cette référence soit explicitement justifiée. De fait, aucun principe de classification ne saurait être athéorique : la sélection de ce qui est considéré comme signe et le regroupement de manifestations en un syndrome implique des choix qui ne peuvent s'affranchir de préconceptions [9].

Enfin, la démarche clinique suggérée par ces classifications pose un problème épistémologique majeur : celui de la réduction de la clinique psychiatrique à des expressions manifestes, directement observables dans le comportement du patient. Cette position tend à accréditer l'idée discutable que les syndromes ainsi définis constituent des objets de

connaissance cohérents, « détachables » du fonctionnement psychique et de l'histoire du sujet qui en souffre. Elle ne peut en outre s'accorder avec la démarche des cliniciens d'orientation psychodynamique, soucieux de prendre en compte la globalité du sujet dans la complexité de son fonctionnement psychique et de ses échanges avec son environnement.

Ces deux classifications générales soulèvent, en outre, d'autres questions dans le champ de la psychiatrie infanto-juvénile : elles ne proposent en effet qu'un nombre limité d'items spécifiques pour l'enfant. Dans ces items, on retrouve les catégories décrites par les initiateurs de la psychiatrie de l'enfant, au début du XX^e siècle, à partir de données purement symptomatiques : à savoir des troubles des conduites, des troubles anxieux, des troubles oppositionnels, etc.

En dehors de ces quelques catégories diagnostiques, le DSM comme la CIM recommandent d'utiliser les mêmes catégories et les mêmes critères chez l'enfant et chez l'adulte : ainsi se sont développées des recherches sur la dépression, les troubles obsessionnels, les troubles anxieux chez l'enfant, abordés à partir des critères de la pathologie adulte. Cette approche conduit à assimiler abusivement des manifestations transitoires avec des syndromes fixés ; elle tend à privilégier les manifestations cliniques qui, au cours de l'enfance, annoncent une pathologie au long cours, au détriment d'autres aspects cliniques non moins importants, notamment ceux qui sont liés au développement [3] ; elle néglige enfin la part du contexte interrelationnel dans l'émergence des symptômes présentés par un enfant.

Au cours des dernières décennies, les pédopsychiatres français se sont au contraire attachés à étudier les aspects les plus spécifiques de la psychopathologie dans l'enfance, et ont dégagé des repères susceptibles d'éclairer la clinique qu'ils observent, dans le cadre de suivis thérapeutiques de longue durée – qu'il s'agisse de psychothérapies individuelles ou de prises en charge institutionnelles.

Les composantes multifactorielles présentes dans l'avènement et l'évolution des perturbations survenant dans l'enfance et l'adolescence ont ainsi été reconnues.

Ces orientations ont été à l'origine de la mise au point d'une Classification des Troubles mentaux de l'Enfant et de l'Adolescent (CFTMEA) susceptible de rencontrer l'adhésion des praticiens, quelles que soient leurs options théoriques, dès lors qu'ils pouvaient s'accorder sur des points fondamentaux de la clinique [4-7].

2. La CFTMEA

La CFTMEA, dont la première édition a été publiée sous la direction de R. Misès en 1988 [4], a systématisé les travaux nosographiques et psychopathologiques élaborés au cours du développement de la pédopsychiatrie dans notre pays. Contrairement aux classifications qui tendent à réduire la démarche diagnostique à une addition de critères comportementaux, la CFTMEA affirme l'importance d'une démarche clinique et psychopathologique s'appuyant sur les approches psychodynamiques.

Elle privilégie la notion de structure psychopathologique à entendre comme un ensemble de positions libidinales, de types d'angoisses et de mécanismes défensifs interdépendants relativement stables mais susceptibles de remaniements évolutifs en fonction de la maturation psychique mais aussi des interventions thérapeutiques.

La CFTMEA s'ordonne autour de deux axes, l'axe I des « catégories cliniques de base », et l'axe II des « facteurs antérieurs, éventuellement étiologiques », ce dernier étant lui-même subdivisé en deux rubriques, l'une pour les atteintes organiques, l'autre pour les conditions d'environnement. Il en résulte que le clinicien est incité à séparer assez clairement le temps, prioritaire, de la recherche d'une catégorie clinique sur l'axe I, de l'autre temps, où il fait l'inventaire des facteurs appelés à figurer sur l'axe II. Cette procédure contribue à éviter les raccourcis étiopathogéniques à visée explicative, et elle conduit à effectuer un inventaire assez large d'où résulte la mise en valeur de facteurs multiples, susceptibles d'entrer en interrelation mutuelle. Cette démarche vise à échapper à la pesée des idéologies contraignantes concernant le déterminisme univoque des troubles.

Les quatre premiers chapitres de la CFTMEA (Tableau 2) se réfèrent à la notion de structure psychopathologique évoquée précédemment. Il est demandé au clinicien de préciser l'organisation psychopathologique dans laquelle s'inscrivent les symptômes présentés par l'enfant, par l'une des catégories proposées dans ces chapitres :

- autisme et psychoses ;
- troubles névrotiques ;
- pathologies de la personnalité ;
- troubles réactionnels.

À ces quatre catégories principales, il faut ajouter le groupe des variations de la

normale, apport original de cette classification, qui permet de rendre compte des symptômes transitoires pouvant survenir au cours du développement, susceptibles d'être à l'origine de consultations, sans qu'il soit justifié de leur affecter une signification pathologique. Cependant, la CFTMEA ne néglige pas le recueil précis de la symptomatologie, important pour les orientations thérapeutiques : des chapitres complémentaires (Tableau 3) proposent des items permettant de recueillir les éléments significatifs du tableau clinique. Les troubles fonctionnels ou symptômes qui sont regroupés dans cette partie sont des éléments diagnostiques secondaires à resituer dans l'une des organisations structurales.

Ainsi conçue, la CFTMEA constitue une classification statistique, biaxiale, dotée d'un glossaire qui précise les critères d'inclusion et d'exclusion. Les essais effectués [10] en ont montré la facilité d'utilisation, la maniabilité et son adéquation aux orientations dominantes de la pédopsychiatrie en France.

C'est cette classification qui a été intégrée dans la « fiche par patient » mise en place par la Direction générale de la Santé pour le recueil des activités des secteurs de psychiatrie infanto-juvénile [10]. Elle a pu être utilisée dans la première version du PMSI psychiatrie (selon un texte de juin 2002 qui figure encore sur le site de l'ATIH : <http://www.atih.sante.fr/?id=0002F00059FF>).

Cependant, sa place de classification de référence est menacée par la mise en place de la deuxième version du PMSI en psychiatrie (RIMPSY), pour lequel l'administration a décidé d'imposer le seul codage selon la CIM-10.

3. La révision de la CFTMEA

La CFTMEA, comme toutes les classifications, a connu plusieurs révisions : l'une des plus importantes – CFTMEA R2000 – a été présentée à la Société Médico-Psychologique [5]. Les modifications apportées visaient à mieux prendre en compte certains aspects de la clinique jusque-là moins bien étudiés. Dès sa première version, il est apparu nécessaire à ses auteurs d'établir le plus de correspondances possibles entre les diagnostics décrits par la CFTMEA et ceux de la Classification de l'OMS.

Malgré les différences conceptuelles entre ces deux classifications, des tableaux d'équivalence ont pu être établis. Ils ont été progressivement améliorés de version en version.

La décision évoquée plus haut d'imposer pour le PMSI le codage des diagnostics en

référence à la CIM-10, en psychiatrie de l'enfant comme en psychiatrie de l'adulte, a rendu nécessaire une révision approfondie des équivalences entre la classification de l'OMS et la CFTMEA : il s'agissait de permettre aux praticiens, qui en majorité le souhaitent, de continuer d'utiliser un cadre conceptuel le mieux adapté à leurs pratiques et à leurs conceptions théoriques.

Dans un premier temps, un groupe de travail (C. Bursztejn, Y. Coinçon, C. Portelli, J.-P. Bodin) a repris et complété les tableaux d'équivalences.

Mais il est apparu que pour certains diagnostics proposés par la CFTMEA, il n'était pas possible de trouver une correspondance simple, soit parce que la CIM-10 était plus détaillée que la classification francophone dans le domaine considéré de la nosographie, soit parce que la logique du codage était différente (c'était le cas par exemple du retard mental).

Cela obligeait à recourir aux deux classifications, opération complexe et fastidieuse dans le contexte de la pratique quotidienne.

C'est ce qui a conduit à la proposition d'une nouvelle révision, qui tout en maintenant la conception structurale de la CFTMEA, permettait une mise en correspondance terme à terme la plus complète possible avec les codes de la CIM-10.

4. CFTMEA R-2010 : principales modifications

Les modifications les plus importantes des catégories de l'axe I sont les suivantes :

- troubles schizophréniques de l'adolescence ne comportant que deux sous-catégories : « aspects prodromiques » et « schizophrénie avérée » ; dans la nouvelle version ont été reprises les différentes formes syndromiques décrites de la CIM-10 ;
- retard mental : le codage du deuxième caractère, qui dans la CIM-10 indique le degré de retentissement fonctionnel, a été repris ;
- troubles liés à l'usage de drogues ou d'alcool : le codage de la CIM-10 a été intégralement repris, à la fois pour les subdivisions selon les substances et pour le type de trouble mental lié à l'abus de substance.

Enfin, il est apparu nécessaire de compléter les items proposés en catégorie complémentaire, dans un double objectif : assurer une meilleure compatibilité avec la CIM, mais aussi permettre de relever certains symptômes fréquents – anxieux, conversifs, phobiques ou compulsifs, susceptibles de survenir dans différents contextes

psychopathologiques (pathologies névrotiques, ou limites notamment). Cela a nécessité d'ajouter un chapitre (numéro 9).

Du fait de cet ajout, le codage des variations de la normale – un groupe particulièrement important en pratique clinique ambulatoire de pédopsychiatrie – se trouve décalé ; il a été affecté du code zéro, et logiquement regroupé avec les catégories principales.

Enfin, il est apparu nécessaire de réviser l'axe II afin d'en permettre le transcodage vers la CIM-10.

5. Conclusion

Au total, on voit qu'il n'a été apporté que des modifications mineures aux catégories principales auxquelles doit se référer le diagnostic structural : les changements les plus importants portent sur les chapitres regroupant le codage des éléments symptomatiques et descriptifs d'une observation.

Ces modifications respectent ainsi la conception qui a été celle de la CFTMEA depuis son origine, mais elles permettent désormais un transcodage aisé vers la CIM-10, transcodage qu'il est possible d'automatiser dans des logiciels de traitement des informations RIMPSY afin de répondre aux exigences administratives et statistiques.

Cette amélioration du transcodage va aussi dans le sens d'une facilitation de l'accès des travaux cliniques des équipes françaises aux publications internationales, pour lesquelles la référence à la classification internationale est une exigence incontournable.

Conflit d'intérêt : à compléter par l'auteur

Références

- [1] American Psychiatric Association. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM-III). Washington: American Psychiatric Association; 1980.
- [2] American Psychiatric Association. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders - Revised (DSM-IV). Washington: American Psychiatric Association; 1994.
- [3] Bursztejn C, Mazet Ph. Nouvelles classifications en psychiatrie de l'enfant. Éditions Techniques Encycl. Méd. Chir., Psychiatrie 1991, 37200 B¹⁰.
- [4] Misès R, Fortineau J, Jeammet Ph, Lang JL, Mazet Ph, Plantade A, Quemada N.

Classification française des troubles mentaux de l'enfant et de l'adolescent. *Psychiatrie de l'enfant* 1988;31:67-134.

[5] Misès R, Quemada N, Botbol M, Bursztejn C, Durand B, Garrabé J, et al. CFTMEA 2000 : nouvelle version de la Classification française des troubles mentaux de l'enfant et de l'adolescent. *Ann Med Psychol* 2002;160:213-5.

[6] Misès R, Garret-Gloane N, Coinçon Y. Classification de l'autisme et des psychoses précoces, plaidoyer pour des convergences. *L'Information Psychiatrique* 2010;85:223-6.

[7] Mises R, Quemada N, Botbol M, Bursztejn C, Garrabe J, Golse B, et al. French Classification for Child and Adolescent Mental Disorders. *Psychopathology* 2002;35:176-80.

[8] OMS. CIM-10/ICD-10. Classification Internationale des Troubles Mentaux et des Troubles du Comportement. Paris: Masson; 1993.

[9] Pedinielli JL, Bertagne P, Gimenez G. Classifications syndromiques et classifications psychopathologiques. *L'information Psychiatrique* 1999;75:289-95.

[10] Quemada N. L'utilisation de la classification française des troubles mentaux de l'enfant et de l'adolescent dans une enquête nationale. *Neuropsychiatrie de l'enfance et de l'adolescence* 1990;38:540-5.

[11] Sartorius N. Classification des troubles mentaux selon la CIM-10. *L'Encéphale* 1995;21:9-13.

Discussion

Dr C. Houssou – Comment la CFTMEA aborde-t-elle l'approche diachronique dans l'utilisation en pratique de la CFTMEA ?

La CFTMEA propose-t-elle des directives ou des éléments différenciant le diagnostic principal du ou des diagnostics secondaires chez un patient ?

Pr C. Barrois – Il a été question ici de « structures ». Je sais que c'est un vieux serpent de mer mais, le concept de structure, en psychiatrie, présente-t-il une solidité et une pertinence suffisantes ? Est-il justiciable d'une définition opératoire acceptable pour les cliniciens ?

Note de la secrétaire de rédaction : le tableau 1 est joint à cet article. A fortiori les deux

tableaux ci-dessous s'appelleront tableau 2 et tableau 3. Mais je n'ai pas su modifier l'intitulé dans le cadre de ces deux tableaux.

Accepted Manuscript

Tableau 1
CFTMEA – Révision 2010

Table de correspondance avec la Cim-10 (avec intitulés CIM 10)

	INTITULES CFTMEA	Codes Cim-10	INTITULES CIM
0	VARIATIONS DE LA NORMALE		
0.0	ANGOISSES, RITUELS, PEURS	F93.1	Troubles anxieux phobique de l'enfance
0.1	MOMENTS DÉPRESSIFS	F38.0	Autres troubles de l'humeur [affectifs] isolés
0.2	CONDUITES D'OPPOSITION	F91.8	Autres troubles des conduites
0.3	CONDUITES D'ISOLEMENT	F93.1	Troubles anxieux phobique de l'enfance
0.4	DIFFICULTÉS SCOLAIRES NON CLASSABLES AILLEURS	Z55.4	Difficultés liées à une mauvaise adaptation éducative et difficultés avec les enseignants et les autres élèves
0.5	RETARDS OU RÉGRESSIONS TRANSITOIRES	R62.8	Autres retards du développement physiologique
0.6	ASPECTS ORIGINAUX DE LA PERSONNALITÉ	R46.8	Autres symptômes et signes relatifs à l'apparence et au comportement
1	AUTISME ET TROUBLES PSYCHOTIQUES		
1.0	TROUBLES ENVAHISSANTS DU DÉVELOPPEMENT (TED) - PSYCHOSES PRÉCOCES		
1.00	Autisme infantile précoce - type Kanner	F84.0	Autisme infantile
1.01	Autres formes de l'autisme	F84.1	Autisme atypique
1.02	Psychose précoce déficitaire. Retard mental avec troubles autistiques ou psychotiques <i>(et préciser le retard mental cf chap 5)</i>	F84.1 + F70– F79	Autisme atypique + Retard mental
1.03	Syndrome d'Asperger	F84.5	Syndrome d'Asperger

1.04	Dysharmonie Multiple et Complexe du Développement (MCDD) – (Dysharmonie psychotique)	F84.8	Autres TED
1.05	Troubles désintégratifs de l'enfance	F84.3	Autre trouble désintégratif de l'enfance
1.08	Autres formes précoces	F84.8	Autres TED
1.09	Formes précoces NS	F84.9	TED, sans précision
1.1	SCHIZOPHRÉNIES		
1.10	Schizophrénie de l'enfant	F20.9	Schizophrénie, sans précision
1.11	Tr. schizophrénique. à l'adolescence	F20.9	Schizophrénie, sans précision
1.110	▪ <i>Aspects prodromiques</i>	F21	Trouble schizotypique
1.111	▪ <i>Schizophrénie paranoïde</i>	F20.0	Schizophrénie paranoïde
1.112	▪ <i>Schizophrénie hébéphrénique</i>	F20.1	Schizophrénie hébéphrénique
1.113	▪ <i>Schizophrénie catatonique</i>	F20.2	Schizophrénie catatonique
1.114	▪ <i>Schizophrénie indifférenciée</i>	F20.3	Schizophrénie indifférenciée
1.115	▪ <i>Dépression post-schizophrénique</i>	F20.4	Dépression post-schizophrénique
1.116	▪ <i>Schizophrénie résiduelle</i>	F20.5	Schizophrénie résiduelle
1.117	▪ <i>Schizophrénie simple</i>	F20.6	Schizophrénie simple
1.118	▪ <i>Autres formes de schizophrénie</i>	F20.8	Autres formes de schizophrénie
1.119	▪ <i>Schizophrénie sans précision</i>	F20.9	Schizophrénie, sans précision
1.2	TR. DÉLIRANTS	F22.8	Autres troubles délirants persistants
1.3	TR. PSYCHOTIQUES AIGUS		
1.30	Trouble psychotique aigu polymorphe sans symptômes schizophréniques	F23.0	Trouble psychotique aigu polymorphe, sans symptômes schizophréniques
1.31	Trouble psychotique aigu polymorphe avec symptômes schizophréniques	F23.1	Trouble psychotique aigu polymorphe avec symptômes schizophréniques
1.38	Autres troubles psychotiques aigus	F23.8	Autres troubles psychotiques aigus et transitoires

1.4	TR. THYMIQUES		
1.40	Psychoses dysthymiques de l'enfant	F84.8 + F34.0	Autres TED + Cyclothymie
1.41	Troubles thymiques de l'adolescent	F25.9	Trouble schizo-affectif, sans précision
1.410	▪ Épisode maniaque	F30.9	Épisode maniaque, sans précision
1.4100	○ EM actuel s'inscrivant dans un trouble bipolaire	F31.0	Trouble affectif bipolaire, épisode actuel hypomaniaque
1.4101	○ sans symptômes psychotiques	F30.1	Manie sans symptômes psychotiques
1.4102	○ avec symptômes psychotiques	F30.2	Manie avec symptômes psychotiques
1.4103	○ Etat mixte	F38.8	Autres troubles de l'humeur [affectifs] précisés
1.4104	○ Hypomanie	F30.0	Hypomanie
1.411	▪ Épisode dépressif (ED)	F32.9	Épisode dépressif, sans précision
1.4110	○ ED actuel dans un tr bipolaire	F31.4	Trouble affectif bipolaire, épisode actuel de dépression sévère sans symptômes psychotiques
1.4111	○ ED sévère non mélancolique	F32.8	Autres épisodes dépressifs
1.4112	○ ED sévère non mélancolique avec symptômes psychotiques	F32.3	Épisode dépressif sévère avec symptômes psychotiques
1.4113	○ ED sévère mélancolique	F32.2	Épisode dépressif sévère sans symptômes psychotiques
1.4114	○ ED sévère avec mélancolie délirante	F32.3	Épisode dépressif sévère avec symptômes psychotiques
1.5	ÉTATS DÉPRESSIFS APRÈS ÉPISODE PSYCHOTIQUE	F20.4	Dépression post-schizophrénique
1.8	AUTRES TR. PSYCHOTIQUES	F28	Autres troubles psychotiques non organiques
1.9	TR. PSYCHOTIQUES NON SPÉCIFIÉS	F29	Psychose non organique, sans précision

2	TR. NEVROTIQUES		
2.0	TR. NÉVROTIQUES À DOMINANTE ANXIEUSE	F41.9	Trouble anxieux, sans précision
2.1	TR. NÉVROTIQUES À DOMINANTE HYSTÉRIQUE	F44.9	Trouble dissociatif [de conversion], sans précision
2.2	T. NÉVROTIQUES À DOMINANTE PHOBIQUE	F40.9	Trouble anxieux phobique, sans précision
2.3	T. NÉVROTIQUES À DOMINANTE OBSESSIONNELLE ET COMPULSIVE	F42.9	TOC, sans précision

2.4	TR. NÉVROTQUES AVEC PRÉDOMINANCE DES INHIBITIONS	F48.8 + R46.4	Autres troubles névrotiques précisés + Lenteur et manque de réactivité
2.5	DÉPRESSION NÉVROTIQUE	F48.8 + F32.9	Autres troubles névrotiques précisés + Épisode dépressif, sans précision
2.6	CARACTÈRES NÉVROTQUES, PATHOLOGIES NÉVROTQUES DE LA PERSONNALITÉ	F48.8 + F60.9	Autres troubles névrotiques précisés + Trouble de la personnalité, sans précision
2.7	TR. NÉVROTQUES AVEC PERTURBATIONS PRÉDOMINANTES DES FONCTIONS INSTRUMENTALES (<i>pour préciser les troubles instrumentaux cf chap 6</i>)	F48.8	Autres troubles névrotiques précisés
2.8	TR. NÉVROTQUES À EXPRESSION PLURIMODALE	F48.8	Autres troubles névrotiques précisés
2.9	<i>Tr. NÉvrotiques NS</i>	F48.9	Trouble névrotique, sans précision

3	PATHOLOGIES LIMITES		
3.0	DYSHARMONIES ÉVOLUTIVES (pour préciser les éventuels troubles instrumentaux cf chap 6)	F60.3	Personnalité émotionnellement labile
3.1	PATHOLOGIE LIMITE À DOMINANTE DES TR. DE LA PERSONNALITÉ	F92.8	Autres troubles mixtes des conduites et troubles émotionnels
3.2	PATHOLOGIE LIMITE À DOMINANTE SCHIZOTYPIQUE	F21	Trouble schizotypique
3.3	PATHOLOGIE LIMITE À DOMINANTE COMPORTEMENTALE	F91.9	Trouble des conduites, sans précision
3.4	DÉPRESSIONS LIÉES À UNE PATHOLOGIE LIMITE	F92.0	Troubles des conduites avec dépression
3.8	AUTRES PATHOLOGIES LIMITES	F98.8	Autres troubles précisés du comportement et troubles émotionnels apparaissant habituellement durant l'enfance et l'adolescence
3.9	PATHOLOGIE LIMITE NS	F98.9	Trouble du comportement et trouble émotionnel apparaissant habituellement durant l'enfance et l'adolescence, sans précision

4	TROUBLES REACTIONNELS		
4.0	DÉPRESSION RÉACTIONNELLE	F43.2 + F32.9	Troubles de l'adaptation + Épisode dépressif, sans précision
4.1	MANIFESTATIONS RÉACTIONNELLES	F43.2	Troubles de l'adaptation
4.2	SYNDROME DE STRESS POST-TRAUMATIQUE	F43.1	État de stress posttraumatique

5	DEFICIENCES MENTALES		
5.0	QI 50 – 69	F70.–	Retard mental léger*
5.1	QI 35 – 49	F71.–	Retard mental moyen*
5.2	QI 20 – 34	F72.–	Retard mental grave*
5.3	QI < 20	F73.–	Retard mental profond*

5.4	QI Non Spécifié	F79.–	Retard mental, sans précision*
		.0 .1 .8 .9	* Préciser : <ul style="list-style-type: none"> •1 déficience du comportement absent ou minime •2 déficience du comportement significatif, nécessitant surveillance ou traitement •3 autres déficiences du comportement •4 sans mention d'une déficience du comportement
5.x6	Déficiences dysharmoniques (ajouter le code au type de pathologie limite associée cf chap 3, et coder le retard mental)		
5.x7	Déficience avec polyhandicap sensoriel et/ou moteur (ajouter le code du/des handicaps associés)		
5.x8	Démences	F03	Démence, sans précision
5.x9	Non spécifiées	F79.9	Retard mental, sans précision : sans mention d'une déficience du comportement

6	TROUBLES DU DÉVELOPPEMENT ET DES FONCTIONS INSTRUMENTALES		
6.0	TR. DE LA PAROLE ET DU LANGAGE		
6.00	Troubles isolés de l'articulation	F80.0	Trouble spécifique de l'acquisition de l'articulation
6.01	Troubles du développement du langage	F80.9	Trouble du développement de la parole et du langage, sans précision
6.010	▪ Retard de parole	F80.1	Trouble de l'acquisition du langage, de type expressif
6.011	▪ Retard simple de langage	F80.1	Trouble de l'acquisition du langage, de type expressif
6.012	▪ Dysphasie	F80.2	Trouble de l'acquisition du langage, de type réceptif
6.018	▪ Autres tr. du développement du langage	F80.8	Autres troubles du développement de la parole et du langage
6.02	Aphasie acquise		
6.020	▪ Aphasie acquise avec épilepsie	F80.3	Aphasie acquise avec épilepsie [Landau-Kleffner]
6.028	▪ Autres aphasies acquises	R47.02	Aphasie, autres et sans précision
6.03	Mutisme		
6.030	▪ Mutisme total	F94.8	Mutisme complet
6.031	▪ Mutisme électif	F94.0	Mutisme électif
6.04	Bégaiement	F98.5	Bégaiement
6.08	Autres tr. de la parole et du langage	R47.8	Troubles du langage, autres et non précisés
6.09	Tr. de la parole et du langage NS	F80.9	Trouble du développement de la parole et du langage, sans précision

			sans précision
6.1	TR. COGNITIFS ET DES ACQUISITIONS SCOLAIRES		
6.10	Tr. Lexicographiques		
6.100	▪ <i>Dyslexie isolée</i>	F81.0	Trouble spécifique de la lecture
6.101	▪ <i>Tr. de l'orthographe isolé</i>	F81.1	Trouble spécifique de l'acquisition de l'orthographe
6.108	▪ <i>Autres tr. lexicographiques</i>	F81.8	Autres troubles du développement, des acquisitions scolaires
6.11	Tr. spécifiques de l'arithmétique (dyscalculie)	F81.2	Trouble spécifique de l'acquisition de l'arithmétique
6.12	Tr. du raisonnement (dysharmonies cognitives)	F88	Autres troubles du développement psychologique
6.13	Tr. de l'attention sans hyperkinésie	F81.8	Autres troubles du développement, des acquisitions scolaires
6.18	Autres tr. cognitifs & des acquisitions scolaires	F81.8	Autres troubles du développement, des acquisitions scolaires
6.19	Tr. cognitifs & des acquisitions scolaires NS	F81.9	Trouble du développement, des acquisitions scolaires, sans précision
6.2	TR. PSYCHOMOTEURS		
6.20	Retard psychomoteur (tr. spécifiques du développement moteur)	F82	Trouble spécifique du développement moteur
6.21	Tics	F95.9	Tic, sans précision
6.210	▪ <i>Tics isolés transitoires</i>	F95.0	Tic transitoire
6.211	▪ <i>Tic moteur ou vocal chronique</i>	F95.1	Tic moteur ou vocal chronique
6.212	▪ <i>Maladie de Gilles de la Tourette</i>	F95.2	Forme associant tics vocaux et tics moteurs [syndrome de Gilles de la Tourette]
6.28	Autres tr. psychomoteurs	F83	Troubles spécifiques mixtes du développement
6.29	Tr. psychomoteurs NS	R62.8	Autres retards du développement physiologique

7	TROUBLES DES CONDUITES ET DU COMPORTEMENT		
7.0	TR. HYPERKINÉTIQUES		
7.00	Hyperkinésie avec troubles de l'attention	F90.0	Perturbation de l'activité et de l'attention
7.08	Autres tr. hyperkinétiques	F90.8	Autres troubles hyperkinétiques
7.09	Tr. hyperkinétiques NS	F90.9	Trouble hyperkinétique, sans précision
7.1	TR. DES CONDUITES ALIMENTAIRES		
7.10	Anorexie mentale	50.0	

7.100	▪ <i>Anorexie mentale restrictive</i>	F50.0	Anorexie mentale
7.101	▪ <i>Anorexie mentale boulimique</i>	F50.0 + F50.2	Anorexie mentale + Boulimie [<i>bulimia nervosa</i>]
7.11	Anorexie mentale atypique	F50.1	Anorexie mentale atypique
7.12	Boulimie	F50.2	Boulimie [<i>bulimia nervosa</i>]
7.13	Boulimie atypique	F50.3	Boulimie atypique
7.14	Tr. des conduites alimentaires du nourrisson et de l'enfant	F98.2	Trouble de l'alimentation non organique du nourrisson et de l'enfant
7.15	Troubles alimentaires du nouveau-né	F98.2	Trouble de l'alimentation non organique du nourrisson et de l'enfant
7.18	Autres tr. des conduites alimentaires	F50.8	Autres troubles de l'alimentation
7.19	Tr. des conduites alimentaires NS	F50.9	Trouble de l'alimentation, sans précision
7.2	CONDUITES SUICIDAIRES		
7.20	Tentatives de suicide suite immédiate	Z91.50	Antécédents personnels récents de lésions auto-infligées
7.21	Antécédents de TdS	Z91.58	Antécédents personnels de lésions auto-infligées, autres et non précisés
7.22	Idées suicidaires	R45.8	Autres symptômes et signes relatifs à l'humeur
7.3	TROUBLES LIÉS À L'USAGE DE DROGUES OU D'ALCOOL *		
7.3x9	▪ <i>Alcool*</i>	F10.–	Troubles mentaux et du comportement liés à l'utilisation d'alcool*
7.3x0	▪ <i>Morphiniques*</i>	F11.–	Troubles mentaux et du comportement liés à l'utilisation d'opiacés*
7.3x1	▪ <i>Cannabis*</i>	F12.–	Troubles mentaux et du comportement liés à l'utilisation de dérivés du cannabis*
7.3x2	▪ <i>Hypnotiques et tranquillisants*</i>	F13.–	Troubles mentaux et du comportement liés à l'utilisation de sédatifs ou d'hypnotiques*
7.3x3	▪ <i>Cocaïne*</i>	F14.–	Troubles mentaux et du comportement liés à l'utilisation de cocaïne*
7.3x4	▪ <i>Autres stimulants*</i>	F15.–	Troubles mentaux et du comportement liés à l'utilisation d'autres stimulants, y compris la caféine*
7.3x5	▪ <i>Hallucinogènes*</i>	F16.–	Troubles mentaux et du comportement liés à l'utilisation d'hallucinogènes*
7.3x6	▪ <i>Tabac*</i>	F17.–	Troubles mentaux et du comportement liés à l'utilisation de tabac*

7.3x7	▪ <i>Solvants volatils*</i>	F18.–	Troubles mentaux et du comportement liés à l'utilisation de solvants volatils*
7.3x8	▪ <i>Autres substances psychoactives*</i>	F19.–	Troubles mentaux et du comportement liés à l'utilisation de drogues multiples et troubles liés à l'utilisation d'autres substances psychoactives*
	* Préciser le type de trouble mental :		* Préciser le type de trouble mental :
7.30X	Intoxication aiguë	.0	Intoxication aiguë
7.31X	Utilisation nocive pour la santé	.1	Utilisation nocive pour la santé
7.32X	Syndrome de dépendance	.2	Syndrome de dépendance
7.33X	Syndrome de sevrage	.3	Syndrome de sevrage
7.34X	Syndrome de sevrage avec delirium	.4	Syndrome de sevrage avec délirium
7.35X	Trouble psychotique	.5	Trouble psychotique
7.36X	Syndrome amnésique	.6	Syndrome amnésique
7.37X	Troubles. résiduel ou psychotique tardif	.7	Trouble résiduel ou psychotique tardif
7.38X	Autres tr. mentaux et du comportement	.8	Autres troubles mentaux et du comportement
7.39X	Troubles. mental ou du comportement sans précision	.9	Trouble mental ou du comportement sans précision
7.4	TR. DE L'ANGOISSE DE SÉPARATION	F93.0	Angoisse de séparation de l'enfance
7.5	TR. DE L'IDENTITÉ ET DES CONDUITES SEXUELLES		
7.50	Troubles de l'identité sexuelle	F64.2	Trouble de l'identité sexuelle de l'enfance
7.51	Troubles de la préférence sexuelle	F65.9	Trouble de la préférence sexuelle, sans précision
7.52	Manifestations en rapport avec des préoccupations excessives concernant le développement sexuel et son orientation	F66.0	Trouble de la maturation sexuelle
7.58	Autres tr. des conduites sexuelles	F66.8	Autres troubles du développement psychosexuel
7.59	Troubles. des conduites sexuelles NS	F66.9	Trouble du développement psychosexuel, sans précision
7.6	PHOBIES SCOLAIRES	F94.8	Autres troubles du fonctionnement social de l'enfance
7.7	AUTRES TR. CARACTERISÉS DES CONDUITES		
7.70	Pyromanie	F63.1	Tendance pathologique à allumer des incendies [pyromanie]

7.71	Kleptomanie	F63.2	Tendance pathologique à commettre des vols [kleptomanie]
7.72	Trichotillomanie	F63.3	Trichotillomanie
7.73	Fugues	F91.8	Autres troubles des conduites
7.74	Violence contre les personnes	R45.6	Violence physique
7.75	Conduites à risques	F91.8	Autres troubles des conduites
7.76	Errance	F91.8	Autres troubles des conduites
7.78	Autres tr. caractérisé des conduites	F91.8	Autres troubles des conduites
7.8	AUTRES TR. DES CONDUITES ET DES COMPOTEMENTS	F91.8	Autres troubles des conduites
7.9	TR. DES CONDUITES ET DES COMPOTEMENTS NS	F91.9	Trouble des conduites, sans précision

8	TROUBLES À EXPRESSION SOMATIQUE		
8.0	AFFECTIONS PSYCHOSOMATIQUES	F45.0	Somatisation
8.1	TR. PSYCHOFONCTIONNELS	F45.– (cf CIM)	Troubles somatoformes
8.2	TR. HYPOCONDRIAQUES	F45.2	Troubles hypocondriaque
8.3	ÉNURESIE	F98.0	Enurésie non organique
8.4	ENCOPRESIE	F98.1	Encoprésie non organique
8.5	TR. DU SOMMEIL	F51.9	Troubles du sommeil non organique, sans précision
8.6	RETARD DE CROISSANCE PSYCHOGENE	F94.8 + R62.9	Autres troubles du fonctionnement social de l'enfance + Retard du développement physiologique, sans précision
8.8	AUTRES TR. À EXPRESSION SOMATIQUE	F45.8	Autres troubles somatoformes
8.9	TR. À EXPRESSION SOMATIQUE NS	F45.9	Troubles somatoforme, sans précision

9	MANIFESTATIONS ET SYMPTOMES DIVERS		
9.0	SYMPTOMES ANXIEUX		
9.00	Attaques de panique	F41.0	Troubles panique [anxiété épisodique paroxystique]
9.01	Anxiété généralisée	F41.1	Anxiété généralisée
9.08	Avec autres manifestations anxieuses	F41.8	Autres troubles anxieux précisés
9.1	SYMPTOMES CONVERSIFS		
9.10	Symptômes moteurs de conversion	F44.4	Troubles moteurs dissociatifs
9.01	Symptômes sensoriels de conversion	F44.6	Anesthésie dissociative et atteintes sensorielles
9.02	Multiples symptômes de conversion	F44.7	Trouble dissociatif [de conversion] mixte
9.08	Autres symptômes de conversion	F44.8	Autres troubles dissociatifs [de conversion]

9.2	SYMPTOMES PHOBQUES	F91.8	Autres troubles des conduites
9.20	Avec symptômes agoraphobiques	F40.0	Agoraphobie
9.200	<i>Agoraphobie sans trouble panique</i>	F40.00	Agoraphobie sans trouble panique (actuel)
9.201	<i>Agoraphobie avec trouble panique</i>	F40.01	Agoraphobie avec trouble panique
9.21	Phobies sociales	F40.1	Phobies sociales
9.22	Phobies scolaires	F94.8	Autres troubles du fonctionnement social de l'enfance
9.23	Phobies spécifiques (isolées)	F40.2	Phobies spécifiques (isolées)
9.28	Autres symptômes phobiques	F40.8	Autres troubles anxieux phobiques
9.3	MANIFESTATIONS OBSESSIONNELLES ET COMPULSIVES (TOC)		
9.30	TOC idées obsédantes au premier plan	F42.0	TOC avec idées ou ruminations obsédantes au premier plan
9.31	TOC rituels compulsifs au premier plan	F42.1	TOC avec comportements compulsifs [rituels obsessionnels] au premier plan
9.32	TOC forme mixte	F42.2	TOC : forme mixte, avec idées obsédantes et comportements compulsifs
9.38	Autres TOC	F42.8	Autres TOC

Tableau 2

Catégories Principales

CFTMEA R 2000	CFTMEA R 2010
1- Autisme et Troubles Psychotiques 2- Tr. Névrotiques 3- Pathologies Limites 4- Tr. Réactionnels	0- Variations de la Normale 1- Autisme et Troubles Psychotiques 2- Tr. Névrotiques 3- Pathologies Limites 4- Tr. Réactionnels

Tableau 1: les catégories principales de la CFTMEA

Tableau 3

Catégories Complémentaires

CFTMEA R 2000	CFTMEA R 2010
5- Déficiences Mentales 6- Tr. du Développement et des Fonctions Instrumentales 7- Tr. des Conduites & du Comportement 8- Tr. à Expression Somatique 9- Variations de la Normale	5- Déficiences Mentales 6- Tr. du Développement et des Fonctions Instrumentales 7- Tr. des Conduites & du Comportement 8- Tr. à Expression Somatique 9- Manifestations et Symptômes Divers

Tableau 1: les catégories complémentaires de la CFTMEA