

Troubles mentaux et du comportement (F00–F99)

Comprend : troubles du développement psychologique

À l'exclusion de : symptômes, signes et résultats anormaux d'examens cliniques et de laboratoire, non classés ailleurs (R00–R99)

Ce chapitre comprend les groupes suivants :

- F00–F09 Troubles mentaux organiques, y compris les troubles symptomatiques
- F10–F19 Troubles mentaux et du comportement liés à l'utilisation de substances psychoactives
- F20–F29 Schizophrénie, trouble schizotypique et troubles délirants
- F30–F39 Troubles de l'humeur [affectifs]
- F40–F48 Troubles névrotiques, troubles liés à des facteurs de stress et troubles somatoformes
- F50–F59 Syndromes comportementaux associés à des perturbations physiologiques et à des facteurs physiques
- F60–F69 Troubles de la personnalité et du comportement chez l'adulte
- F70–F79 Retard mental
- F80–F89 Troubles du développement psychologique
- F90–F98 Troubles du comportement et troubles émotionnels apparaissant habituellement durant l'enfance et l'adolescence
- F99 Trouble mental, sans précision

Les catégories de ce chapitre comprenant des astérisques sont les suivantes :

- F00* Démence de la maladie d'Alzheimer
- F02* Démence au cours d'autres maladies classées ailleurs

Troubles mentaux organiques, y compris les troubles symptomatiques (F00–F09)

Ce groupe réunit un ensemble de troubles mentaux ayant en commun une étiologie organique démontrable, à type de maladie ou de lésion cérébrale, ou d'atteinte entraînant un dysfonctionnement du cerveau. Le dysfonctionnement peut être primaire : c'est le cas des maladies, lésions ou atteintes qui touchent le cerveau de manière directe ou sélective ; il peut également être secondaire : c'est le cas des maladies et des troubles somatiques qui affectent le cerveau au même titre que les autres organes ou systèmes de l'organisme.

La démence (F00–F03) est un syndrome dû à une maladie cérébrale, habituellement chronique et progressive, caractérisé par une altération de nombreuses fonctions corticales supérieures, telles que la mémoire, l'idéation, l'orientation, la compréhension, le calcul, la capacité d'apprendre, le langage et le jugement. Le syndrome ne s'accompagne pas d'un obscurcissement de la conscience. Les déficiences des fonctions cognitives s'accompagnent habituellement (et sont parfois précédées) d'une détérioration du contrôle émotionnel, du comportement social ou de la motivation. Ce syndrome survient dans la maladie d'Alzheimer, dans les maladies vasculaires cérébrales et dans d'autres affections qui, de manière primaire ou secondaire, affectent le cerveau.

Utiliser, au besoin, un code supplémentaire pour identifier la maladie sous-jacente.

Les subdivisions suivantes peuvent être utilisées comme cinquième caractère avec les catégories F00–F03 pour préciser la présence de symptômes supplémentaires :

- 0 sans symptôme supplémentaire
- 1 avec d'autres symptômes, essentiellement délirants
- 2 avec d'autres symptômes, essentiellement hallucinatoires
- 3 avec d'autres symptômes, essentiellement dépressifs
- 4 avec d'autres symptômes, mixtes

Les subdivisions suivantes peuvent être utilisées comme sixième caractère avec les catégories F00–F03 pour préciser la sévérité de la démence :

- 0 légère
- 1 moyenne
- 2 sévère

F00* **Démence de la maladie d'Alzheimer (G30.– †)**

La maladie d'Alzheimer est une maladie cérébrale dégénérative primitive d'étiologie inconnue dont la neuropathologie et la neurochimie sont caractéristiques. Elle débute habituellement de façon insidieuse et progresse lentement mais régulièrement en quelques années.

[Voir page 328 pour les subdivisions à cinq et à six caractères]

F00.0* **Démence de la maladie d'Alzheimer, à début précoce (G30.0†)**

Démence de la maladie d'Alzheimer survenant avant l'âge de 65 ans, évoluant assez rapidement vers une détérioration et comportant de multiples perturbations marquées des fonctions corticales supérieures.

Démence dégénérative primaire de type Alzheimer, à début présénile

Démence présénile, de type Alzheimer

Maladie d'Alzheimer, type 2

F00.1* **Démence de la maladie d'Alzheimer, à début tardif (G30.1†)**

Démence de la maladie d'Alzheimer survenant après l'âge de 65 ans, habituellement à la fin de la huitième décennie ou au-delà ; elle évolue de façon lentement progressive et se caractérise essentiellement par une altération de la mémoire.

Démence dégénérative primaire de type Alzheimer, à début sénile

Démence sénile, de type Alzheimer [DSTA]

Maladie d'Alzheimer, type 1

F00.2* **Démence de la maladie d'Alzheimer, forme atypique ou mixte (G30.8†)**

Démence atypique, de type Alzheimer

F00.9* **Démence de la maladie d'Alzheimer, sans précision (G30.9†)****F01** **Démence vasculaire**

La démence vasculaire résulte d'un infarctus cérébral dû à une maladie vasculaire, par exemple une maladie cérébrovasculaire hypertensive. Les infarctus sont habituellement de petite taille, mais leurs effets sont cumulatifs. La démence survient habituellement à un âge avancé.

[Voir page 328 pour les subdivisions à cinq et à six caractères]

Comprend : démence artériopathique

F01.0 **Démence vasculaire à début aigu**

Démence vasculaire qui s'installe, habituellement de façon rapide, à la suite d'ictus cérébraux répétés, liés à des thromboses vasculaires, des embolies ou des hémorragies. Il est rare que la cause en soit un infarctus massif unique.

F01.1 Démence vasculaire par infarctus multiples

Démence vasculaire dont le début est progressif, qui fait suite à de nombreux épisodes ischémiques transitoires provoquant des lacunes dans le parenchyme cérébral.

Démence à prédominance corticale

F01.2 Démence vasculaire souscorticale

Démence vasculaire avec antécédent d'hypertension artérielle et de foyers de destruction ischémique dans la substance blanche profonde des hémisphères cérébraux. Le cortex cérébral est habituellement indemne, ce qui tranche avec le tableau clinique qui peut être proche de celui de la démence de la maladie d'Alzheimer.

F01.3 Démence vasculaire mixte, corticale et souscorticale**F01.8 Autres formes de démence vasculaire****F01.9 Démence vasculaire, sans précision****F02* Démence au cours d'autres maladies classées ailleurs**

Démences dues, ou supposées dues, à d'autres causes que la maladie d'Alzheimer ou une maladie vasculaire cérébrale. Elles peuvent débuter à tout âge, mais ne surviennent que rarement à un âge avancé.

[Voir page 328 pour les subdivisions à cinq et à six caractères]

F02.0* Démence de la maladie de Pick (G31.0†)

Démence évoluant progressivement, débutant à l'âge mûr, caractérisée par des modifications précoces, lentement progressives, du caractère et par une détérioration sociale, aboutissant à une déficience des fonctions intellectuelles, de la mémoire et du langage, accompagnées d'une apathie, d'une euphorie et, plus rarement, de symptômes extrapyramidaux.

F02.1* Démence de la maladie de Creutzfeldt-Jakob (A81.0†)

Démence évoluant progressivement, comportant des signes neurologiques étendus, due à des altérations neuropathologiques spécifiques que l'on suppose provoquées par un agent transmissible. Elle débute habituellement à l'âge mûr ou plus tard, mais peut débuter chez l'adulte à n'importe quel âge. Son évolution est subaiguë, aboutissant à la mort en un à deux ans.

F02.2* Démence de la maladie de Huntington (G10†)

Démence survenant dans le contexte d'une dégénérescence cérébrale étendue. La maladie est transmise par un gène autosomique dominant unique. Les symptômes apparaissent typiquement dans la troisième et la quatrième décennies. L'évolution est lentement progressive, aboutissant habituellement à la mort en 10 à 15 années.

Démence de la chorée de Huntington

F02.3* Démence de la maladie de Parkinson (G20†)

Démence survenant au cours de l'évolution d'une maladie de Parkinson avérée. Aucune caractéristique clinique distinctive n'a été mise en évidence jusqu'ici.

Démence dans :

- paralysie agitante
- parkinsonisme

F02.4* Démence de la maladie due au virus de l'immunodéficience humaine [VIH] (B22.0†)

Démence survenant au cours de l'évolution d'une maladie VIH, en l'absence de toute autre maladie ou infection concomitante pouvant expliquer les signes cliniques.

F02.8* Démence au cours d'autres maladies classées ailleurs

Démence au cours de :

- carence en :
 - acide nicotinique [pellagre] (E52†)
 - vitamine B₁₂ (E53.8†)
- dégénérescence hépatolenticulaire (E83.0†)
- épilepsie (G40.-†)
- hypercalcémie (E83.5†)
- hypothyroïdie acquise (E01.-†, E03.-†)
- intoxications (T36–T65†)
- lipidose cérébrale (E75.-†)
- lupus érythémateux disséminé (M32.-†)
- neurosyphilis (A52.1†)
- périartérite noueuse (M30.0†)
- sclérose en plaques (G35†)
- trypanosomiase (B56.-†, B57.-†)

F03 Démence, sans précision

[Voir page 328 pour les subdivisions à cinq et à six caractères]

Démence :

- dégénérative primaire
 - présénile
 - sénile
 - forme dépressive ou délirante
- } SAI

Psychose :

- présénile
 - sénile
- } SAI

À l'exclusion de : démence sénile avec délirium ou état confusionnel aigu (F05.1)
sénilité SAI (R54)

F04 Syndrome amnésique organique, non induit par l'alcool et d'autres substances psychoactives

Syndrome dominé par une altération de la mémoire, récente et ancienne, avec conservation de la mémoire immédiate, par une réduction de la capacité à apprendre des informations nouvelles et par une désorientation temporelle. Il peut y avoir une confabulation marquée, mais la perception et les autres fonctions cognitives, y compris l'intelligence, sont habituellement intactes. Le pronostic dépend de l'évolution de la lésion sous-jacente.

Psychose ou syndrome de Korsakov non alcoolique

À l'exclusion de : amnésie :

- SAI (R41.1)
- antérograde (R41.1)
- dissociative (F44.0)
- rétrograde (R41.2)

syndrome de Korsakov :

- induit par l'alcool ou sans précision (F10.6)
- induit par d'autres substances psychoactives (F11–F19 avec le quatrième caractère .6)

F05 Délirium, non induit par l'alcool et d'autres substances psychoactives

Syndrome cérébral organique sans étiologie spécifique, caractérisé par la présence simultanée de perturbations de la conscience et de l'attention, de la perception, de l'idéation, de la mémoire, du comportement psychomoteur, des émotions et du rythme veille–sommeil. La durée est variable et le degré de gravité varie de léger à très sévère.

Comprend : état confusionnel (non alcoolique)
 psychose infectieuse
 réaction organique
 syndrome :
 • cérébral
 • psychoorganique

} aigu(üe) ou subaigu (üe)

À l'exclusion de : délirium trémens induit par l'alcool ou sans précision (F10.4)

F05.0 Délirium non surajouté à une démence, ainsi décrit**F05.1 Délirium surajouté à une démence**

Affections répondant aux critères cités plus haut mais survenant au cours d'une démence (F00–F03).

F05.8 Autres formes de délirium

Délirium d'origine mixte

F05.9 Délirium, sans précision**F06 Autres troubles mentaux dus à une lésion cérébrale et un dysfonctionnement cérébral, et à une affection somatique**

Comprend diverses affections causées par un trouble cérébral dû à une affection cérébrale primitive, à une affection somatique touchant secondairement le cerveau, à des substances toxiques exogènes ou des hormones, à des troubles endocriniens ou à d'autres maladies somatiques.

À l'exclusion de : associés à :

- délirium (F05.-)
- démence classée en F00–F03 induits par l'alcool et d'autres substances psychoactives (F10–F19)

F06.0 État hallucinatoire organique

Trouble caractérisé par des hallucinations persistantes ou récurrentes, habituellement visuelles ou auditives, survenant en l'absence d'une obnubilation de la conscience, et que le sujet peut reconnaître ou non en tant que telles. Les hallucinations peuvent être à l'origine d'une élaboration délirante, mais les idées délirantes ne dominent pas le tableau clinique ; les hallucinations peuvent être reconnues comme pathologiques par le sujet lui-même.

État hallucinatoire organique (non alcoolique)

À l'exclusion de : hallucinose alcoolique (F10.5)
schizophrénie (F20.-)

F06.1 Catatonie organique

Trouble caractérisé par une diminution (stupeur) ou une augmentation (agitation) de l'activité psychomotrice et par des symptômes catatoniques. Les deux pôles de la perturbation psychomotrice peuvent alterner.

À l'exclusion de : schizophrénie catatonique (F20.2)

stupeur :

- SAI (R40.1)
- dissociative (F44.2)

F06.2 Trouble délirant organique [d'allure schizophrénique]

Trouble caractérisé par la présence, au premier plan du tableau clinique, d'idées délirantes persistantes ou récurrentes. Les idées délirantes peuvent être accompagnées d'hallucinations. Certaines caractéristiques évoquant une schizophrénie, comme des hallucinations bizarres ou des troubles du cours de la pensée, peuvent être présentes.

États délirants et états délirants et hallucinatoires d'origine organique

Psychose d'allure schizophrénique au cours d'une épilepsie

À l'exclusion de : schizophrénie (F20.–)

troubles :

- délirants persistants (F22.–)
- psychotiques :
 - aigus et transitoires (F23)
 - induits par des substances psychoactives (F11–F19 avec le quatrième caractère .5)

F06.3 Troubles organiques de l'humeur [affectifs]

Troubles caractérisés par une altération de l'humeur ou de l'affect, habituellement accompagnés d'une altération du niveau global d'activité, il peut s'agir de troubles dépressifs, hypomaniaques, maniaques ou bipolaires (voir F30–F38), mais secondaires à une maladie organique.

À l'exclusion de : troubles de l'humeur non organiques ou sans précision (F30–F39)

F06.30 Trouble maniaque organique

F06.31 Trouble bipolaire organique

F06.32 Trouble dépressif organique

F06.33 Trouble affectif mixte organique

F06.4 Trouble anxieux organique

Trouble caractérisé par la présence des caractéristiques descriptives essentielles d'une anxiété généralisée (F41.1), d'un trouble panique (F41.0) ou d'une association des deux, mais secondaire à une maladie organique.

À l'exclusion de : troubles anxieux non organiques ou sans précision (F41.–)

F06.5 Trouble dissociatif organique

Trouble caractérisé par une perte partielle ou complète de l'intégration normale entre souvenirs du passé, conscience de l'identité et des sensations immédiates, et contrôle des mouvements corporels (voir F44.–), mais secondaire à une maladie organique.

À l'exclusion de : troubles dissociatifs [de conversion] non organiques ou sans précision (F44.–)

F06.6 Labilité [asthénie] émotionnelle organique

Trouble caractérisé par une incontinence ou une labilité émotionnelles, une fatigabilité, et diverses sensations physiques désagréables (par exemple des vertiges) et par des douleurs, mais secondaire à une maladie organique.

À l'exclusion de : troubles somatoformes non organiques ou sans précision (F45.–)

F06.7 Trouble cognitif léger

Trouble caractérisé par une altération de la mémoire, des difficultés d'apprentissage et une réduction de la capacité à se concentrer sur une tâche, sauf pendant des périodes de courte durée. Le sujet éprouve souvent une fatigue mentale accentuée quand il fait des efforts mentaux, et un nouvel apprentissage peut être subjectivement difficile même quand il est objectivement réussi. Aucun de ces symptômes ne présente une sévérité suffisante pour justifier un diagnostic de démence (F00–F03) ou de délirium (F05.–). Ce diagnostic ne doit être fait qu'en présence d'un trouble somatique spécifié ; il ne doit pas être fait en présence de l'un des troubles mentaux ou du comportement classés en F10–F99. Le trouble peut précéder, accompagner ou succéder à des infections et des troubles physiques très divers, cérébraux et généraux, sans qu'il existe obligatoirement des preuves directes en faveur d'une atteinte cérébrale. Il peut être différencié d'un syndrome postencéphalitique (F07.1) et d'un syndrome postcommotionnel (F07.2) sur la base de son étiologie, de sa symptomatologie, moins riche et moins sévère, et de sa durée, habituellement plus courte.

F06.70 Trouble cognitif léger non associé à un trouble physique**F06.71 Trouble cognitif léger associé à un trouble physique****F06.8 Autres troubles mentaux précisés dus à une lésion cérébrale et un dysfonctionnement cérébral et à une affection physique**

Psychose épileptique SAI

F06.9 Trouble mental sans précision, dû à une lésion cérébrale et un dysfonctionnement cérébral, et à une affection physique

Syndrome cérébral organique SAI

F07 Troubles de la personnalité et du comportement dus à une affection, une lésion et un dysfonctionnement cérébraux

Une altération de la personnalité et du comportement peut constituer un trouble résiduel ou concomitant d'une maladie, d'une lésion ou d'un dysfonctionnement cérébral.

F07.0 Trouble organique de la personnalité

Trouble caractérisé par une altération significative des modes de comportement qui étaient habituels au sujet avant la survenue de la maladie ; les perturbations concernent, en particulier, l'expression des émotions, des besoins et des pulsions. Le tableau clinique peut, par ailleurs, comporter une altération des fonctions cognitives, de la pensée et de la sexualité.

Personnalité pseudopsychopathique organique
Pseudodébilité organique
Psychosyndrome de l'épilepsie du système limbique
Syndrome (des) :

- frontal
- lobotomisés
- postleucotomie

À l'exclusion de : changement durable de la personnalité après :

- expérience de catastrophe (F62.0)
- maladie psychiatrique (F62.1)

syndrome :

- postcommotionnel (F07.2)
- postencéphalitique (F07.1)

trouble spécifique de la personnalité (F60.–)

F07.1 Syndrome postencéphalitique

Altération résiduelle du comportement, non spécifique et variable, après guérison d'une encéphalite virale ou bactérienne. Le syndrome est réversible, ce qui constitue la principale différence entre ce tableau et les troubles organiques de la personnalité.

À l'exclusion de : trouble organique de la personnalité (F07.0)

F07.2 Syndrome postcommotionnel

Syndrome survenant à la suite d'un traumatisme crânien (habituellement d'une gravité suffisante pour provoquer une perte de connaissance) et comportant de nombreux symptômes variés tels que maux de tête, vertiges, fatigue, irritabilité, difficultés de concentration, difficultés à accomplir des tâches mentales, altération de la mémoire, insomnie et diminution de la tolérance au stress, aux émotions ou à l'alcool.

Syndrome :

- cérébral posttraumatique, non psychotique
- postcontusionnel (encéphalopathie)

F07.8 Autres troubles organiques de la personnalité et du comportement dus à une affection, une lésion et un dysfonctionnement cérébraux

Trouble affectif organique de l'hémisphère droit

F07.9 Trouble organique de la personnalité et du comportement dû à une affection, une lésion et un dysfonctionnement cérébraux, sans précision
Psychosyndrome organique

F09 Trouble mental organique ou symptomatique, sans précision

Psychose :

- organique SAI
- symptomatique SAI

À l'exclusion de : psychose SAI (F29)

Troubles mentaux et du comportement liés à l'utilisation de substances psychoactives (F10–F19)

Ce groupe comprend de nombreux troubles variés, de gravité et de symptomatologie diverses, mais qui sont tous liés à l'utilisation d'une ou de plusieurs substances psychoactives, prescrites ou non par un médecin. Le troisième caractère du code identifie la substance impliquée, alors que le quatrième caractère sert à spécifier les tableaux cliniques ; les quatrième caractères doivent être utilisés, selon les besoins, pour chacune des substances indiquées ; il convient toutefois de noter que les quatrième caractères du code ne sont pas tous applicables à chaque substance.

L'identification de la substance psychoactive doit se faire à partir de toutes les sources d'information possibles. Ces dernières comportent : les informations fournies par le sujet lui-même, les analyses de sang, d'urine, etc., les symptômes physiques et psychologiques caractéristiques, les signes et comportements cliniques, les drogues trouvées chez le patient, les renseignements des tierces personnes bien informées. De nombreux sujets consomment plusieurs catégories de substances psychoactives différentes. Le diagnostic principal se fera, si possible, en fonction de la substance toxique (ou de la catégorie de substances toxiques) qui est responsable du tableau clinique ou qui en détermine les caractéristiques essentielles. Des diagnostics supplémentaires doivent être codés quand d'autres substances psychoactives ont été consommées en quantité suffisante pour provoquer une intoxication (quatrième caractère .0), des conséquences nocives (quatrième caractère .1), une dépendance (quatrième caractère .2) ou d'autres troubles (quatrième caractère .3–.9).

Le diagnostic de troubles liés à l'utilisation de substances multiples (F19) doit être réservé à des cas où le choix des substances psychoactives se fait de façon chaotique et sans discrimination, ou dans lesquels il n'est pas possible de différencier les effets provenant des unes ou des autres.

À l'exclusion de : abus de substances n'entraînant pas de dépendance (F55)

Les subdivisions suivantes doivent être utilisées comme quatrième caractère avec les rubriques F10–F19 :

.0 Intoxication aigüe

État consécutif à la prise d'une substance psychoactive et entraînant des perturbations de la conscience, des facultés cognitives, de la perception, de l'affect ou du comportement, ou d'autres fonctions et réponses psychophysiologiques. Les perturbations sont directement liées aux effets pharmacologiques aigus de la substance consommée, et disparaissent avec le temps, avec guérison complète, sauf dans les cas ayant entraîné des lésions organiques ou d'autres complications. Parmi les complications, on peut citer : les traumatismes, les fausses routes avec inhalation de vomissements, le délirium, le coma, les convulsions et d'autres complications médicales. La nature de ces complications dépend de la catégorie pharmacologique de la substance consommée et de son mode d'administration.

Les subdivisions suivantes peuvent être utilisées comme cinquième caractère pour préciser le tableau clinique :

- 0 sans complication
- 1 avec traumatismes ou autres blessures physiques
- 2 avec d'autres complications médicales
- 3 avec délirium
- 4 avec distorsion des perceptions
- 5 avec coma
- 6 avec convulsions
- 7 intoxication pathologique

États de transe et de possession au cours d'une intoxication par une substance psychoactive

Intoxication pathologique

Ivresse :

- SAI
 - alcoolique aigüe
- “Mauvais voyages” (drogues)

À l'exclusion de : intoxication signifiant empoisonnement (T36–T50)

.1 Utilisation nocive pour la santé

Mode de consommation d'une substance psychoactive qui est préjudiciable à la santé. Les complications peuvent être physiques (par exemple hépatite consécutive à des injections de substances psychoactives par le sujet lui-même) ou psychiques (par exemple épisodes dépressifs secondaires à une forte consommation d'alcool).

Abus d'une substance psychoactive

.2 Syndrome de dépendance

Ensemble de phénomènes comportementaux, cognitifs et physiologiques survenant à la suite d'une consommation répétée d'une substance psychoactive, typiquement associés à un désir puissant de prendre la drogue, à une difficulté à contrôler la consommation, à une poursuite de la consommation malgré des conséquences nocives, à un désinvestissement progressif des autres activités et obligations au profit de la consommation de cette drogue, à une tolérance accrue, et, parfois, à un syndrome de sevrage physique.

Le syndrome de dépendance peut concerner une substance psychoactive spécifique (par exemple le tabac, l'alcool ou le diazépam), une catégorie de substances (par exemple les substances opiacées) ou un ensemble plus vaste de substances psychoactives pharmacologiquement différentes.

Les subdivisions suivantes peuvent être utilisées comme caractères supplémentaires pour spécifier le tableau clinique :

- 0 actuellement abstinent
 - 00 actuellement abstinent en rémission récente
 - 01 actuellement abstinent en rémission partielle
 - 02 actuellement abstinent en rémission complète
- 1 actuellement abstinent, mais dans un environnement protégé
- 2 suit actuellement un régime de maintenance ou de substitution, sous surveillance médicale
- 3 actuellement abstinent, mais prend des médicaments aversifs ou bloquants
- 4 utilise actuellement la drogue [dépendance active]
 - 40 dépendance active sans signe physique
 - 41 dépendance active avec symptômes physiques
- 5 utilisation continue
- 6 utilisation épisodique (dipsomanie)

Alcoolisme chronique

Dipsomanie

Toxicomanie

.3 Syndrome de sevrage

Ensemble de symptômes qui se regroupent de diverses manières et dont la gravité est variable ; ils surviennent lors d'un sevrage complet ou partiel d'une substance psychoactive consommée de façon prolongée. La survenue et l'évolution du syndrome de sevrage sont limitées dans le temps et dépendent de la catégorie et de la dose de la substance psychoactive consommée immédiatement avant l'arrêt ou la réduction de la consommation. Le syndrome de sevrage peut se compliquer de convulsions.

Les subdivisions suivantes peuvent être utilisées comme cinquième caractère pour spécifier la présence de complications :

- 0 sans complication
- 1 avec convulsions

.4 Syndrome de sevrage avec délirium

État dans lequel le syndrome de sevrage décrit sous le quatrième caractère .3 se complique d'un délirium (voir les critères de F05.-). Cet état peut également comporter des convulsions. Lorsque des facteurs organiques jouent également un rôle dans cette étiologie, l'état doit être classé en F05.8.

Les subdivisions suivantes peuvent être utilisées comme cinquième caractère pour spécifier la présence de complications :

- 0 sans convulsion
- 1 avec convulsions

Délirium trémens

.5 Trouble psychotique

Ensemble de phénomènes psychotiques survenant durant ou immédiatement après la consommation d'une substance psychoactive, qui ne peuvent être entièrement expliqués par une intoxication aiguë et qui n'entrent pas dans le cadre d'un syndrome de sevrage. Ce trouble se caractérise par la présence d'hallucinations (typiquement auditives, mais souvent également polysensorielles), d'une distorsion des perceptions, d'idées délirantes (souvent de type paranoïaque ou persécutoire), de perturbations psychomotrices (agitation ou stupeur), et d'un affect anormal, pouvant aller d'une peur intense à l'extase. Les fonctions élémentaires ne sont habituellement pas touchées, mais il peut exister un certain degré d'obnubilation de la conscience, n'atteignant toutefois jamais le caractère d'une confusion grave.

Les subdivisions suivantes peuvent être utilisées comme cinquième caractère pour spécifier la présence de complications :

- 0 d'allure schizophrénique
- 1 avec idées délirantes au premier plan
- 2 avec hallucinations au premier plan
- 3 avec symptômes polymorphes au premier plan
- 4 avec symptômes dépressifs au premier plan
- 5 avec symptômes maniaques au premier plan
- 6 mixte

Hallucinose	}	alcoolique
Jalousie		
Paranoïa		
Psychose SAI		

À l'exclusion de : trouble psychotique résiduel ou de survenue tardive, induit par l'alcool ou d'autres substances psychoactives (F10–F19 avec le quatrième caractère .7)

.6 Syndrome amnésique

Syndrome dominé par la présence de troubles chroniques de la mémoire (faits récents et anciens). La mémoire immédiate est habituellement préservée et la mémoire récente est plus sévèrement perturbée que la mémoire des faits anciens. Il y a habituellement des perturbations manifestes de la perception du temps et de

la chronologie des événements, ainsi que des difficultés à apprendre des matières nouvelles. Le syndrome peut comporter une fabulation intense. Les autres fonctions cognitives sont d'habitude relativement préservées et les troubles mnésiques sont sans commune mesure avec les autres perturbations.

Psychose ou syndrome de Korsakov, induit par l'alcool ou d'autres substances psychoactives ou sans précision

Trouble amnésique induit par l'alcool ou les drogues

À l'exclusion de : syndrome de Korsakov non alcoolique (F04)

.7 Trouble résiduel ou psychotique de survenue tardive

État dans lequel les modifications, induites par les substances psychoactives, des cognitions, des affects, de la personnalité ou du comportement persistent au-delà de la période où l'on estime que la substance psychoactive a des effets directs. La survenue de la perturbation doit être directement liée à la consommation de la substance. Les cas où le début du trouble est retardé par rapport à un (des) épisode(s) d'abus d'une substance psychoactive ne doivent être notés ici que s'il existe des arguments clairs et précis permettant d'attribuer le trouble aux effets résiduels de la substance. Les *flashbacks* peuvent être différenciés d'un état psychotique, en partie parce qu'ils sont épisodiques et souvent de courte durée, et en partie parce qu'ils reproduisent des expériences antérieures liées à l'alcool ou à d'autres substances psychoactives.

Les subdivisions suivantes peuvent être utilisées comme cinquième caractère pour spécifier le tableau clinique :

- 0 *flashbacks*
- 1 trouble de la personnalité ou du comportement
- 2 trouble thymique résiduel
- 3 démence
- 4 autre déficit cognitif persistant
- 5 trouble psychotique à début tardif

Démence :

- alcoolique SAI
- et autres altérations des fonctions cognitives durables, moins sévères

Flashbacks

Syndrome cérébral alcoolique chronique

Trouble (des) :

- affectif résiduel
- perceptions persistant, induit par des substances hallucinogènes
- psychotique de survenue tardive, induit par des substances psychoactives
- résiduel de la personnalité et du comportement

À l'exclusion de : état psychotique induit par l'alcool ou d'autres substances psychoactives (F10–F19 avec le quatrième caractère .5)
 syndrome de Korsakov induit par l'alcool ou d'autres substances psychoactives (F10–F19 avec le quatrième caractère .6)

.8 Autres troubles mentaux et du comportement

.9 Trouble mental ou du comportement, sans précision

F10.– Troubles mentaux et du comportement liés à l'utilisation d'alcool

[voir pages 338–341 pour les subdivisions à 4, 5 et 6 caractères]

F11.– Troubles mentaux et du comportement liés à l'utilisation d'opiacés

[voir pages 338–341 pour les subdivisions à 4, 5 et 6 caractères]

F12.– Troubles mentaux et du comportement liés à l'utilisation de dérivés du cannabis

[voir pages 338–341 pour les subdivisions à 4, 5 et 6 caractères]

F13.– Troubles mentaux et du comportement liés à l'utilisation de sédatifs ou d'hypnotiques

[voir pages 338–341 pour les subdivisions à 4, 5 et 6 caractères]

F14.– Troubles mentaux et du comportement liés à l'utilisation de cocaïne

[voir pages 338–341 pour les subdivisions à 4, 5 et 6 caractères]

F15.– Troubles mentaux et du comportement liés à l'utilisation d'autres stimulants, y compris la caféine

[voir pages 338–341 pour les subdivisions à 4, 5 et 6 caractères]

F16.– Troubles mentaux et du comportement liés à l'utilisation d'hallucinogènes

[voir pages 338–341 pour les subdivisions à 4, 5 et 6 caractères]

F17.– Troubles mentaux et du comportement liés à l'utilisation de tabac

[voir pages 338–341 pour les subdivisions à 4, 5 et 6 caractères]

F18.– Troubles mentaux et du comportement liés à l'utilisation de solvants volatils

[voir pages 338–341 pour les subdivisions à 4, 5 et 6 caractères]

F19.– Troubles mentaux et du comportement liés à l'utilisation de drogues multiples et troubles liés à l'utilisation d'autres substances psychoactives

[voir pages 338–341 pour les subdivisions à 4, 5 et 6 caractères]

Cette catégorie doit être utilisée quand au moins deux substances psychoactives sont utilisées, sans qu'il soit possible de déterminer laquelle est principalement en cause dans le trouble. Cette catégorie doit également être utilisée quand la nature exacte de certaines – voire de l'ensemble – des substances psychoactives utilisées est incertaine ou inconnue, de nombreux consommateurs de drogues multiples ne sachant pas exactement eux-mêmes ce qu'ils prennent.

Comprend : utilisation inadéquate de drogues SAI

Schizophrénie, trouble schizotypique et troubles délirants (F20–F29)

Ce groupe réunit la schizophrénie, catégorie la plus importante de ce groupe de troubles, le trouble schizotypique, les troubles délirants persistants et un groupe assez large de troubles psychotiques aigus et transitoires. Les troubles schizoaffectifs ont été maintenus ici bien que leur nature reste controversée.

F20 Schizophrénie

Les troubles schizophréniques se caractérisent habituellement par des distorsions fondamentales et caractéristiques de la pensée et de la perception, ainsi que par des affects inappropriés ou émoussés. La clarté de l'état de conscience et les capacités intellectuelles sont habituellement préservées, bien que certains déficits des fonctions cognitives puissent apparaître au cours de l'évolution. Les phénomènes psychopathologiques les plus importants sont : l'écho de la pensée, les pensées imposées et le vol de la pensée, la divulgation de la pensée, la perception délirante, les idées délirantes de contrôle, d'influence ou de passivité, les hallucinations dans lesquelles des voix parlent ou discutent du sujet à la troisième personne, les troubles du cours de la pensée et les symptômes négatifs.

L'évolution des troubles schizophréniques peut être continue, épisodique avec survenue d'un déficit progressif ou stable, ou bien elle peut comporter

un ou plusieurs épisodes suivis d'une rémission complète ou incomplète. On ne doit pas faire un diagnostic de schizophrénie quand le tableau clinique comporte des symptômes dépressifs ou maniaques importants, à moins d'être certain que les symptômes schizophréniques précédaient les troubles affectifs. Par ailleurs, on ne doit pas porter un diagnostic de schizophrénie quand il existe une atteinte cérébrale manifeste ou une intoxication par une drogue ou un sevrage à une drogue. Des troubles semblables apparaissant au cours d'une épilepsie ou d'une autre affection cérébrale, sont à coder en F06.2, ceux induits par des substances psychoactives étant à classer en F10–F19 avec le quatrième caractère .5.

Les subdivisions suivantes peuvent être utilisées comme cinquième caractère pour spécifier la modalité évolutive :

- 0 continue
- 1 épisodique avec déficit progressif
- 2 épisodique avec déficit stable
- 3 épisodique rémittente
- 4 rémission incomplète
- 5 rémission complète
- 8 autre
- 9 évolution imprévisible, période d'observation trop brève

À l'exclusion de : réaction schizophrénique (F23.2)
 schizophrénie :
 • aigüe (indifférenciée) (F23.2)
 • cyclique (F25.2)
 trouble schizotypique (F21)

F20.0 Schizophrénie paranoïde

La schizophrénie paranoïde se caractérise essentiellement par la présence d'idées délirantes relativement stables, souvent de persécution, habituellement accompagnées d'hallucinations, en particulier auditives, et de perturbations des perceptions. Les perturbations des affects, de la volonté et du langage, de même que les symptômes catatoniques, sont soit absents, soit relativement discrets.

Schizophrénie paraphrénique

À l'exclusion de : état paranoïaque d'involution (F22.8)
 paranoïa (F22.0)

F20.1 Schizophrénie hébéphrénique

Forme de schizophrénie caractérisée par la présence, au premier plan, d'une perturbation des affects ; les idées délirantes et les hallucinations restent flottantes et fragmentaires, le comportement est irresponsable et imprévisible ; il existe fréquemment un maniérisme. L'humeur est superficielle et inappropriée. La pensée est désorganisée et le discours incohérent. Le trouble entraîne fréquemment un isolement social. Le pronostic est habituellement médiocre en raison de l'apparition précoce de symptômes « négatifs » concernant, en particulier, un émoussement des affects et une perte de la volonté. En principe, le diagnostic d'hébéphrénie

doit être réservé à des adolescents et des adultes jeunes.

Hébéphrénie

Schizophrénie désorganisée

F20.2 Schizophrénie catatonique

La schizophrénie catatonique se caractérise essentiellement par la présence de perturbations psychomotrices importantes pouvant alterner d'un extrême à un autre : hyperkinésie ou stupeur, obéissance automatique ou négativisme. Des attitudes imposées ou des postures catatoniques peuvent être maintenues pendant une période prolongée. La survenue d'épisodes d'agitation violente est caractéristique de ce trouble. Les manifestations catatoniques peuvent s'accompagner d'un état oniroïde (ressemblant à un rêve) comportant des expériences hallucinatoires intensément vécues.

Catalepsie } schizophrénique

Catatonie } }

Flexibilité cireuse } catatonique

Stupeur }

F20.3 Schizophrénie indifférenciée

États psychotiques répondant aux critères généraux de la schizophrénie, mais ne correspondant à aucune des formes cliniques décrites en F20.0–F20.2, ou répondant simultanément aux critères de plusieurs de ces formes, sans prédominance nette d'un groupe déterminé de caractéristiques diagnostiques.

Schizophrénie atypique

À l'exclusion de : dépression postschizophrénique (F20.4)
schizophrénie chronique indifférenciée (F20.5)
trouble psychotique aigu d'allure
schizophrénique (F23.2)

F20.4 Dépression postschizophrénique

Épisode dépressif éventuellement prolongé, survenant au décours d'une maladie schizophrénique. Certains symptômes schizophréniques « positifs » ou « négatifs » doivent encore être présents, mais ne dominent plus le tableau clinique. Ce type d'état dépressif s'accompagne d'un risque accru de suicide. Si le patient ne présente plus aucun symptôme schizophrénique, on doit faire un diagnostic d'épisode dépressif (F32.–). Si les symptômes schizophréniques restent florides et au premier plan de la symptomatologie, on doit garder le diagnostic de la forme clinique appropriée de schizophrénie (F20.0–F20.3).

F20.5 Schizophrénie résiduelle

Stade chronique de l'évolution d'une maladie schizophrénique, avec une progression nette à partir du début jusqu'à un stade tardif caractérisé par des symptômes « négatifs » durables, mais pas obligatoirement irréversibles, par exemple ralentissement psychomoteur, hypoactivité, émoussement affectif, passivité et manque d'initiative, pauvreté de la quantité et du contenu du discours, peu de communication non verbale

(expression faciale, contact oculaire, modulation de la voix et gestes), manque de soins apportés à sa personne et performances sociales médiocres.

État résiduel schizophrénique
Restzustand (schizophrénique)
 Schizophrénie chronique indifférenciée

F20.6 Schizophrénie simple

Trouble caractérisé par la survenue insidieuse et progressive de bizarreries du comportement, d'une impossibilité à répondre aux exigences de la société et d'une diminution globale des performances. La survenue des caractéristiques « négatives » de la schizophrénie résiduelle (par exemple un émoussement affectif et une perte de la volonté, etc.) n'est pas précédée d'un quelconque symptôme psychotique manifeste.

F20.8 Autres formes de schizophrénie

Accès
 Psychose } schizophréniforme
 Trouble

Schizophrénie cénestopathique

À l'exclusion de : état paranoïaque d'involution (F22.8)

F20.9 Schizophrénie, sans précision

F21 Trouble schizotypique

Trouble caractérisé par un comportement excentrique et des anomalies de la pensée et des affects, ressemblant à celles de la schizophrénie, mais ne comportant aucune anomalie schizophrénique manifeste ou caractéristique à un moment quelconque de l'évolution. La symptomatologie peut comporter une froideur affective inappropriée, une anhédonie, un comportement étrange ou excentrique, une tendance au retrait social, des idées de persécution ou des idées bizarres ne présentant pas les caractéristiques d'idées délirantes authentiques, des ruminations obsessionnelles, des troubles du cours de la pensée et des perturbations des perceptions, parfois des épisodes transitoires quasipsychotiques comportant des illusions intenses, des hallucinations auditives ou autres et des idées pseudodélirantes, survenant habituellement sans facteur déclenchant extérieur. Le début du trouble est difficile à déterminer et son

évolution correspond habituellement à celle d'un trouble de la personnalité.

Personnalité schizotypique

Réaction schizophrénique latente

Schizophrénie :

- *borderline*
- latente
- prépsychotique
- prodromique
- pseudonévrotique
- pseudopsychopathique

À l'exclusion de : personnalité schizoïde (F60.1)
syndrome d'Asperger (F84.5)

F22 Troubles délirants persistants

Comprend des troubles divers caractérisés uniquement, ou essentiellement, par la présence d'idées délirantes persistantes et ne pouvant être classés parmi les troubles organiques, schizophréniques ou affectifs. Quand la durée d'un trouble délirant est inférieure à quelques mois, il doit être classé, au moins temporairement, en F23.–.

F22.0 Trouble délirant

Trouble caractérisé par la survenue d'une idée délirante unique ou d'un ensemble d'idées délirantes apparentées, habituellement persistantes, parfois durant toute la vie. Le contenu de l'idée ou des idées délirantes est très variable. La présence d'hallucinations auditives (voix) manifestes et persistantes, de symptômes schizophréniques tels que des idées délirantes d'influence ou un émoussement net des affects, ou la mise en évidence d'une affection cérébrale, sont incompatibles avec le diagnostic. Toutefois, la présence d'hallucinations auditives, en particulier chez les sujets âgés, survenant de façon irrégulière ou transitoire, ne permet pas d'éliminer ce diagnostic, à condition qu'il ne s'agisse pas d'hallucinations typiquement schizophréniques et qu'elles ne dominent pas le tableau clinique.

État paranoïaque

Paranoïa

Paraphrénie (tardive)

Psychose paranoïaque

Sensitiver Beziehungswahn [Délire de relation des sensitifs]

À l'exclusion de : personnalité paranoïaque (F60.0)
psychose paranoïaque psychogène (F23.3)
réaction paranoïaque (F23.3)
schizophrénie paranoïde (F20.0)

F22.8 Autres troubles délirants persistants

Troubles dans lesquels l'idée ou les idées délirantes sont accompagnées d'hallucinations auditives persistantes à type de voix ou de symptômes schizophréniques qui ne justifient pas un diagnostic de schizophrénie (F20.-).

Dysmorphophobie délirante
État paranoïaque d'involution
Paranoïa querulente

F22.9 Trouble délirant persistant, sans précision**F23 Troubles psychotiques aigus et transitoires**

Groupe hétérogène de troubles caractérisés par la survenue aiguë de symptômes psychotiques tels que des idées délirantes, des hallucinations, des perturbations des perceptions et par une désorganisation massive du comportement normal. Une survenue aiguë est définie comme étant l'apparition, allant crescendo, d'un tableau clinique manifestation pathologique, en deux semaines au plus. Ces troubles ne comportent aucun élément en faveur d'une étiologie organique. Ils s'accompagnent souvent d'une perplexité ou d'une hébétude, mais les perturbations de l'orientation dans le temps, dans l'espace, et quant à la personne, ne sont pas suffisamment persistantes ou graves pour répondre aux critères d'un délirium d'origine organique (F05.-). En général, ces troubles guérissent complètement en moins de quelques mois, souvent en quelques semaines ou jours. Le diagnostic doit être modifié si le trouble persiste. Le trouble peut être associé à un facteur aigu de stress, c'est-à-dire habituellement à des événements stressants survenus une ou deux semaines avant le début du trouble.

Les subdivisions suivantes peuvent être utilisées comme cinquième caractère pour préciser la présence ou l'absence d'un facteur de stress aigu associé :

- 0 sans facteur de stress aigu associé
- 1 avec facteur de stress aigu associé

F23.0 Trouble psychotique aigu polymorphe, sans symptôme schizophrénique

Trouble psychotique aigu, comportant des hallucinations, des idées délirantes ou des perturbations des perceptions manifestes, mais très variables, changeant de jour en jour, voire d'heure en heure. Il existe souvent un bouleversement émotionnel s'accompagnant de sentiments intenses et transitoires de bonheur ou d'extase, d'anxiété ou d'irritabilité. Le polymorphisme et l'instabilité sont caractéristiques du tableau clinique. Les caractéristiques psychotiques ne répondent pas aux critères de la schizophrénie (F20.-). Ces troubles ont souvent un début brutal, se développent rapidement en l'espace de quelques jours et disparaissent souvent rapidement, sans rechutes. Quand les symptômes persistent, le

diagnostic doit être modifié pour celui de trouble délirant persistant (F22.-).

Bouffée délirante } sans symptôme schizophrénique ou sans
Psychose cycloïde } précision

F23.1 Trouble psychotique aigu polymorphe avec symptômes schizophréniques

Trouble psychotique aigu caractérisé par la présence du tableau clinique polymorphe et instable décrit sous F23.0; malgré l'instabilité du tableau clinique, certains symptômes typiquement schizophréniques sont présents la plupart du temps. Quand les symptômes schizophréniques persistent, le diagnostic doit être modifié pour celui de schizophrénie (F20.-).

Bouffée délirante } avec symptômes schizophréniques
Psychose cycloïde }

F23.2 Trouble psychotique aigu d'allure schizophrénique

Trouble psychotique aigu, caractérisé par la présence de symptômes psychotiques relativement stables, justifiant un diagnostic de schizophrénie, mais persistant moins d'un mois. Les caractéristiques polymorphes instables décrites en F23.0 sont absentes. Quand les symptômes schizophréniques persistent, le diagnostic doit être modifié pour celui de schizophrénie (F20.-).

Accès } schizophréniforme de courte durée
Psychose }
Trouble }
Onirophrénie }
Réaction schizophrénique
Schizophrénie aiguë (indifférenciée)

À l'exclusion de : trouble :

- délirant organique [d'allure schizophrénique] (F06.2)
- schizophréniforme SAI (F20.8)

F23.3 Autre trouble psychotique aigu, essentiellement délirant

Trouble psychotique aigu caractérisé par la présence au premier plan du tableau clinique d'idées délirantes ou d'hallucinations relativement stables, mais ne justifiant pas un diagnostic de schizophrénie (F20.-). Quand les idées délirantes persistent, le diagnostic doit être modifié pour celui de trouble délirant persistant (F22.-).

Psychose paranoïaque psychogène
Réaction paranoïaque

F23.8 Autres troubles psychotiques aigus et transitoires

Autres troubles psychotiques aigus précisés ne comportant aucun élément en faveur d'une étiologie organique, et ne justifiant pas un classement en F23.0–F23.3.

F23.9 Trouble psychotique aigu et transitoire, sans précision

Psychose réactionnelle (brève) SAI

F24 Trouble délirant induit

Trouble délirant partagé par au moins deux personnes liées très étroitement entre elles sur le plan émotionnel. Un seul des partenaires présente un trouble psychotique authentique ; les idées délirantes sont induites chez l'autre (les autres) et disparaissent habituellement en cas de séparation des partenaires.

Folie à deux

Trouble :

- paranoïaque induit
- psychotique induit

F25 Troubles schizoaffectifs

Troubles épisodiques dans lesquels des symptômes affectifs et des symptômes schizophréniques sont conjointement au premier plan de la symptomatologie, mais ne justifient pas un diagnostic ni de schizophrénie, ni d'épisode dépressif ou maniaque. Les affections au cours desquelles des symptômes affectifs sont surajoutés à une maladie schizophrénique préexistante, ou vont de pair ou alternent avec des troubles délirants persistants d'un type différent, sont classés sous F20–F29. La présence de symptômes psychotiques non congruents à l'humeur, au cours des troubles affectifs, ne justifie pas un diagnostic de trouble schizoaffectif.

Les subdivisions suivantes peuvent être utilisées comme cinquième caractère pour préciser les sous-types suivants :

- 0 présence simultanée de symptômes affectifs et schizophréniques, sans persistance de symptômes schizophréniques après la disparition des symptômes affectifs
- 1 présence simultanée de symptômes affectifs et schizophréniques, avec persistance de symptômes schizophréniques après la disparition des symptômes affectifs

F25.0 Trouble schizoaffectif, type maniaque

Trouble dans lequel des symptômes schizophréniques et des symptômes maniaques sont conjointement au premier plan de la symptomatologie au cours d'un même épisode de la maladie, l'épisode pathologique ne justifiant ainsi un diagnostic ni de schizophrénie ni d'épisode maniaque. Cette sous-catégorie doit être utilisée pour classer un épisode isolé et le trouble récurrent dont la plupart des épisodes sont des épisodes schizoaffectifs, type maniaque.

Psychose :

- schizoaffective, type maniaque
- schizophréniforme, type maniaque

F25.1 Trouble schizoaffectif, type dépressif

Trouble dans lequel des symptômes schizophréniques et des symptômes dépressifs sont conjointement au premier plan de la symptomatologie au

cours d'un même épisode de la maladie, l'épisode pathologique ne justifiant ainsi un diagnostic ni de schizophrénie ni d'épisode dépressif. Cette sous-catégorie doit être utilisée pour classer un épisode isolé et le trouble récurrent dont la plupart des épisodes sont des épisodes schizoaffectifs, type dépressif.

Psychose :

- schizoaffectif, type dépressif
- schizophréniforme, type dépressif

F25.2 Trouble schizoaffectif, type mixte
Psychose schizophrénique et affective mixte
Schizophrénie cyclique

F25.8 Autres troubles schizoaffectifs

F25.9 Trouble schizoaffectif, sans précision
Psychose schizoaffective SAI

F28 Autres troubles psychotiques non organiques

Troubles délirants ou hallucinatoires ne justifiant pas un diagnostic de schizophrénie (F20.-), de trouble délirant persistant (F22.-), de trouble psychotique aigu et transitoire (F23.-), d'épisode maniaque type psychotique (F30.2) ou d'épisode dépressif grave type psychotique (F32.3).

Psychose hallucinatoire chronique

F29 Psychose non organique, sans précision

Psychose SAI

À l'exclusion de : psychose organique ou symptomatique SAI (F09)
trouble mental SAI (F99)

Troubles de l'humeur [affectifs] (F30–F39)

Ce groupe réunit les troubles dans lesquels la perturbation fondamentale est un changement des affects ou de l'humeur, dans le sens d'une dépression (avec ou sans anxiété associée) ou d'une élation. Le changement de l'humeur est habituellement accompagné d'une modification du niveau global d'activité, et la plupart des autres symptômes sont soit secondaires à ces changements de

l'humeur et de l'activité, soit facilement compréhensibles dans leur contexte. La plupart de ces troubles ont tendance à être récurrents et la survenue des épisodes individuels peut souvent être mise en relation avec des situations ou des événements stressants.

F30 Épisode maniaque

Toutes les subdivisions de cette catégorie s'appliquent exclusivement à un épisode isolé. Un épisode hypomaniaque ou maniaque survenant chez un sujet ayant présenté un ou plusieurs épisodes affectifs dans le passé (dépressif, hypomaniaque, maniaque ou mixte) doit conduire à un diagnostic de trouble affectif bipolaire (F31.-).

Comprend : trouble bipolaire, épisode maniaque isolé

F30.0 Hypomanie

Trouble caractérisé par la présence d'une élévation légère, mais persistante, de l'humeur, de l'énergie et de l'activité, associée habituellement à un sentiment intense de bien être et d'efficacité physique et psychique. Il existe souvent une augmentation de la sociabilité, du désir de parler, de la familiarité ou de l'énergie sexuelle, et une réduction du besoin de sommeil ; ces symptômes ne sont toutefois pas assez marqués pour entraver le fonctionnement professionnel ou pour entraîner un rejet social. L'euphorie et la sociabilité sont parfois remplacées par une irritabilité ou des attitudes vaniteuses ou grossières. Les perturbations de l'humeur et du comportement ne sont pas accompagnées d'hallucinations ou d'idées délirantes.

F30.1 Manie sans symptôme psychotique

Présence d'une élévation de l'humeur hors de proportion avec la situation du sujet, pouvant aller d'une jovialité insouciante à une agitation pratiquement incontrôlable. Cette élévation s'accompagne d'une augmentation d'énergie, entraînant une hyperactivité, un désir de parler et une réduction du besoin de sommeil. L'attention ne peut être soutenue et il existe souvent une distractibilité importante. Le sujet présente souvent une augmentation de l'estime de soi avec idées de grandeur et surestimation de ses capacités. La levée des inhibitions sociales normales peut entraîner des conduites imprudentes, déraisonnables, inappropriées ou déplacées.

F30.2 Manie avec symptômes psychotiques

Présence, associée au tableau clinique décrit en F30.1, d'idées délirantes (habituellement de grandeur) ou d'hallucinations (habituellement à type de voix parlant directement au sujet), ou d'une agitation, d'une activité motrice excessive et d'une fuite des idées d'une gravité telle que le sujet devient incompréhensible ou hors d'état de communiquer normalement.

F30.20 *Manie avec symptômes psychotiques congruents à l'humeur*

F30.21 *Manie avec symptômes psychotiques non congruents à l'humeur*

F30.8 Autres épisodes maniaques**F30.9 Épisode maniaque, sans précision**

Manie SAI

F31 Trouble affectif bipolaire

Trouble caractérisé par deux ou plusieurs épisodes au cours desquels l'humeur et le niveau d'activité du sujet sont profondément perturbés, tantôt dans le sens d'une élévation de l'humeur et d'une augmentation de l'énergie et de l'activité (hypomanie ou manie), tantôt dans le sens d'un abaissement de l'humeur et d'une réduction de l'énergie et de l'activité (dépression). Les épisodes récurrents d'hypomanie ou de manie sont classés comme bipolaires (F31.8).

Comprend : maladie }
 psychose } maniacodépressive
 réaction }

À l'exclusion de : cyclothymie (F34.0)
 trouble bipolaire, épisode maniaque isolé
 (F30.–)

F31.0 Trouble affectif bipolaire, épisode actuel hypomaniaque

Le sujet est actuellement hypomaniaque, et a eu, dans le passé, au moins un autre épisode affectif (hypomaniaque, maniaque, dépressif, ou mixte).

F31.1 Trouble affectif bipolaire, épisode actuel maniaque sans symptômes psychotiques

Le sujet est actuellement maniaque, sans symptômes psychotiques (comme sous F30.1), et a eu, dans le passé, au moins un autre épisode affectif (hypomaniaque, maniaque, dépressif ou mixte).

F31.2 Trouble affectif bipolaire, épisode actuel maniaque avec symptômes psychotiques

Le sujet est actuellement maniaque, avec symptômes psychotiques (comme sous F30.2), et a eu, dans le passé, au moins un autre épisode affectif (hypomaniaque, maniaque, dépressif ou mixte).

F31.20 Trouble affectif bipolaire, épisode actuel maniaque, avec symptômes psychotiques congruents à l'humeur

F31.21 Trouble affectif bipolaire, épisode actuel maniaque, avec symptômes psychotiques non congruents à l'humeur

F31.3 Trouble affectif bipolaire, épisode actuel de dépression légère ou moyenne

Le sujet est actuellement déprimé, comme au cours d'un épisode dépressif d'intensité légère ou moyenne (F32.0 ou F32.1), et a eu, dans le passé, au moins un épisode hypomaniaque, maniaque ou mixte bien documenté.

F31.30 Trouble affectif bipolaire, épisode actuel de dépression légère ou moyenne, sans syndrome somatique

F31.31 Trouble affectif bipolaire, épisode actuel de dépression légère ou moyenne, avec syndrome somatique

F31.4 Trouble affectif bipolaire, épisode actuel de dépression sévère sans symptômes psychotiques

Le sujet est actuellement déprimé, comme au cours d'un épisode dépressif d'intensité sévère sans symptômes psychotiques (F32.2), et a eu, dans le passé, au moins un épisode hypomaniaque, maniaque ou mixte bien documenté.

F31.5 Trouble affectif bipolaire, épisode actuel de dépression sévère avec symptômes psychotiques

Le sujet est actuellement déprimé, comme au cours d'un épisode dépressif d'intensité sévère avec symptômes psychotiques (F32.3), et a eu, dans le passé, au moins un épisode hypomaniaque, maniaque ou mixte bien documenté.

F31.50 Trouble affectif bipolaire, épisode actuel de dépression sévère, avec symptômes psychotiques congruents à l'humeur**F31.51 Trouble affectif bipolaire, épisode actuel de dépression sévère, avec symptômes psychotiques non congruents à l'humeur****F31.6 Trouble affectif bipolaire, épisode actuel mixte**

Le sujet a eu, dans le passé, au moins un épisode hypomaniaque, maniaque, dépressif ou mixte bien documenté, et l'épisode actuel est caractérisé soit par la présence simultanée de symptômes maniaques et dépressifs, soit par une alternance rapide de symptômes maniaques et dépressifs.

À l'exclusion de : épisode affectif mixte isolé (F38.0)

F31.7 Trouble affectif bipolaire, actuellement en rémission

Le sujet a eu, dans le passé, au moins un épisode hypomaniaque, maniaque ou mixte bien documenté, et au moins un autre épisode affectif (hypomaniaque, maniaque, dépressif ou mixte), mais sans aucune perturbation significative de l'humeur, ni actuellement, ni au cours des derniers mois. Les rémissions sous traitement prophylactique doivent être classées ici.

F31.8 Autres troubles affectifs bipolaires

Épisodes maniaques récurrents SAI

Trouble bipolaire II

F31.9 Trouble affectif bipolaire, sans précision**F32 Épisodes dépressifs**

Dans les épisodes typiques de chacun des trois degrés de dépression : léger, moyen ou sévère, le sujet présente un abaissement de l'humeur, une réduction de l'énergie et une diminution de l'activité. Il existe une altération de la capacité à éprouver du plaisir, une perte d'intérêt, une diminution de l'aptitude à se concentrer, associées couramment à une

fatigue importante, même après un effort minime. On observe habituellement des troubles du sommeil, et une diminution de l'appétit. Il existe presque toujours une diminution de l'estime de soi et de la confiance en soi et, fréquemment, des idées de culpabilité ou de dévalorisation, même dans les formes légères. L'humeur dépressive ne varie guère d'un jour à l'autre ou selon les circonstances, et peut s'accompagner de symptômes dits « somatiques », par exemple d'une perte d'intérêt ou de plaisir, d'un réveil matinal précoce, plusieurs heures avant l'heure habituelle, d'une aggravation matinale de la dépression, d'un ralentissement psychomoteur important, d'une agitation, d'une perte d'appétit, d'une perte de poids et d'une perte de la libido. Le nombre et la sévérité des symptômes permettent de déterminer trois degrés de sévérité d'un épisode dépressif : léger, moyen et sévère.

Comprend : épisodes isolés de :

- dépression :
 - psychogène
 - réactionnelle
- réaction dépressive

À l'exclusion de : associés à un trouble des conduites en F91.–

(F92.0)

trouble (de) :

- adaptation (F43.2)
- dépressif récurrent (F33.–)

F32.0 Épisode dépressif léger

Au moins deux ou trois des symptômes cités plus haut sont habituellement présents. Ces symptômes s'accompagnent généralement d'un sentiment de détresse, mais le sujet reste, le plus souvent, capable de poursuivre la plupart de ses activités.

F32.00 Épisode dépressif léger, sans syndrome somatique

F32.01 Épisode dépressif léger, avec syndrome somatique

F32.1 Épisode dépressif moyen

Au moins quatre des symptômes cités plus haut sont habituellement présents et le sujet éprouve des difficultés considérables à poursuivre ses activités usuelles.

F32.10 Épisode dépressif moyen, sans syndrome somatique

F32.11 Épisode dépressif moyen, avec syndrome somatique

F32.2 Épisode dépressif sévère sans symptôme psychotique

Épisode dépressif dans lequel plusieurs des symptômes dépressifs mentionnés ci-dessus, concernant typiquement une perte de l'estime de soi et des idées de dévalorisation ou de culpabilité, sont marqués et pénibles. Les idées et les gestes suicidaires sont fréquents et plusieurs symptômes « somatiques » sont habituellement présents.

Dépression :

- agitée
 - majeure
 - vitale
- } épisode isolé sans symptôme psychotique

F32.3 Épisode dépressif sévère avec symptômes psychotiques

Épisode dépressif correspondant à la description d'un épisode dépressif sévère (F32.2) mais s'accompagnant, par ailleurs, d'hallucinations, d'idées délirantes, ou d'un ralentissement psychomoteur ou d'une stupeur d'une gravité telle que les activités sociales habituelles sont impossibles ; il peut exister un danger vital en raison d'un suicide, d'une déshydratation ou d'une dénutrition. Les hallucinations et les idées délirantes peuvent être congruentes ou non congruentes à l'humeur.

Épisodes isolés de :

- dépression
 - majeure avec symptômes psychotiques
 - psychotique
- psychose dépressive :
 - psychogène
 - réactionnelle

F32.30 Épisode dépressif sévère, avec symptômes psychotiques congruents à l'humeur**F32.31 Épisode dépressif sévère, avec symptômes psychotiques non congruents à l'humeur****F32.8 Autres épisodes dépressifs**

Dépression atypique

Épisodes isolés d'une dépression "masquée" SAI

F32.9 Épisode dépressif, sans précision

Dépression SAI

Trouble dépressif SAI

F33 Trouble dépressif récurrent

Trouble caractérisé par la survenue répétée d'épisodes dépressifs correspondant à la description d'un tel épisode (F32.-), en l'absence de tout antécédent d'épisodes indépendants d'exaltation de l'humeur et d'augmentation de l'énergie (manie). Le trouble peut toutefois comporter de brefs épisodes caractérisés par une légère élévation de l'humeur et une augmentation de l'activité (hypomanie), succédant immédiatement à un épisode dépressif, et parfois déclenchés par un traitement antidépresseur. Les formes graves du trouble dépressif récurrent (F33.2 et F33.3) présentent de nombreux points communs avec des concepts antérieurs comme ceux de dépression maniacodépressive, de mélancolie, de dépression vitale et de dépression endogène. Le premier épisode peut survenir à n'importe quel âge, de l'enfance à la vieillesse, le début peut être aigu ou insidieux et la durée peut varier de quelques semaines à de nombreux mois. Le risque de survenue d'un épisode maniaque ne peut jamais être complètement écarté chez un patient présentant un trouble

dépressif récurrent, quel que soit le nombre d'épisodes dépressifs déjà survenus. Si un tel épisode maniaque se produit, le diagnostic doit être changé pour celui de trouble affectif bipolaire (F31.–).

Comprend : épisodes récurrents de :

- dépression :
 - psychogène
 - réactionnelle
- réaction dépressive
- trouble dépressif saisonnier

À l'exclusion de : épisodes dépressifs récurrents de courte durée (F38.1)

F33.0 Trouble dépressif récurrent, épisode actuel léger

Trouble caractérisé par la survenue répétée d'épisodes dépressifs, l'épisode actuel étant léger (F32.0), en l'absence de tout antécédent de manie.

F33.00 Trouble dépressif récurrent, épisode actuel léger, sans syndrome somatique

F33.01 Trouble dépressif récurrent, épisode actuel léger, avec syndrome somatique

F33.1 Trouble dépressif récurrent, épisode actuel moyen

Trouble caractérisé par la survenue répétée d'épisodes dépressifs, l'épisode actuel étant moyen (F32.1), en l'absence de tout antécédent de manie.

F33.10 Trouble dépressif récurrent, épisode actuel moyen, sans syndrome somatique

F33.11 Trouble dépressif récurrent, épisode actuel moyen, avec syndrome somatique

F33.2 Trouble dépressif récurrent, épisode actuel sévère sans symptôme psychotique

Trouble caractérisé par la survenue répétée d'épisodes dépressifs, l'épisode actuel étant sévère, sans symptôme psychotique (F32.2), en l'absence de tout antécédent de manie.

Dépression :

- endogène sans symptôme psychotique
- majeure récurrente, sans symptôme psychotique
- vitale récurrente, sans symptôme psychotique

Psychose maniacodépressive, forme dépressive, sans symptôme psychotique

F33.3 Trouble dépressif récurrent, épisode actuel sévère avec symptômes psychotiques

Trouble caractérisé par la survenue répétée d'épisodes dépressifs, l'épisode actuel étant sévère, avec symptômes psychotiques (F32.3), en l'absence de tout épisode précédent de manie.

Dépression endogène avec symptômes psychotiques

Épisodes récurrents sévères de :

- dépression :
 - majeure, avec symptômes psychotiques
 - psychotique
- psychose dépressive :
 - psychogène
 - réactionnelle

Psychose maniaco-dépressive, forme dépressive, avec symptômes psychotiques

F33.30 *Trouble dépressif récurrent, épisode actuel sévère, avec symptômes psychotiques congruents à l'humeur*

F33.31 *Trouble dépressif récurrent, épisode actuel sévère, avec symptômes psychotiques non congruents à l'humeur*

F33.4 **Trouble dépressif récurrent, actuellement en rémission**

Le sujet a eu dans le passé au moins deux épisodes dépressifs répondant aux descriptions données en F33.0–F33.3, mais ne présente aucun symptôme dépressif depuis plusieurs mois.

F33.8 **Autres troubles dépressifs récurrents**

F33.9 **Trouble dépressif récurrent, sans précision**

Dépression unipolaire SAI

F34 **Troubles de l'humeur [affectifs] persistants**

Troubles de l'humeur persistants et habituellement fluctuants, dans lesquels la plupart des épisodes individuels ne sont pas suffisamment sévères pour justifier un diagnostic d'épisode hypomaniaque ou d'épisode dépressif léger. Toutefois, étant donné qu'ils persistent pendant des années et parfois pendant la plus grande partie de la vie adulte du sujet, ils entraînent une souffrance et une incapacité considérables. Dans certains cas, des épisodes maniaques ou dépressifs récurrents ou isolés peuvent se surajouter à un état affectif persistant.

F34.0 **Cyclothymie**

Instabilité persistante de l'humeur, comportant de nombreuses périodes de dépression ou d'exaltation légère (hypomanie), mais dont aucune n'est suffisamment sévère ou prolongée pour justifier un diagnostic de trouble affectif bipolaire (F31.–) ou de trouble dépressif récurrent (F33.–). Le trouble se rencontre fréquemment dans la famille de sujets ayant un trouble affectif bipolaire et certains sujets cyclothymiques sont eux-mêmes atteints ultérieurement d'un trouble affectif bipolaire.

Personnalité :

- affective
- cycloïde
- cyclothymique

F34.1 Dysthymie

Abaissement chronique de l'humeur, persistant au moins plusieurs années, mais dont la sévérité est insuffisante ou dont la durée des différents épisodes est trop brève pour justifier un diagnostic de trouble dépressif récurrent, sévère, moyen ou léger (F33.-).

Dépression :

- anxieuse persistante
- névrotique

Névrose } dépressive
Personnalité }

À l'exclusion de : dépression anxieuse (légère ou non persistante) (F41.2)

F34.8 Autres troubles de l'humeur [affectifs] persistants**F34.9 Trouble de l'humeur [affectif] persistant, sans précision****F38 Autres troubles de l'humeur [affectifs]**

Tous les autres troubles de l'humeur dont la sévérité ou la durée est insuffisante pour justifier un classement en F30–F34.

F38.0 Autres troubles de l'humeur [affectifs] isolés**F38.00 Épisode affectif mixte isolé****F38.1 Autres troubles de l'humeur [affectifs] récurrents****F38.10 Épisodes dépressifs récurrents de courte durée****F38.8 Autres troubles de l'humeur [affectifs] précisés****F39 Trouble de l'humeur [affectif], sans précision**

Psychose affective SAI

Troubles névrotiques, troubles liés à des facteurs de stress et troubles somatoformes (F40–F48)

À l'exclusion de : associés à un trouble des conduites codé en F91.– (F92.8)

F40 Troubles anxieux phobiques

Groupe de troubles dans lesquels une anxiété est déclenchée, exclusivement ou essentiellement, par certaines situations bien précises sans dangerosité actuelle. Ces situations sont de ce fait typiquement évitées ou endurées avec appréhension. Les préoccupations du sujet peuvent être

centrées sur des symptômes individuels tels que des palpitations ou une impression d'évanouissement et aboutissent souvent à une peur de mourir, de perdre le contrôle de soi ou de devenir fou. La simple évocation d'une situation phobogène déclenche habituellement une anxiété anticipatoire. L'anxiété phobique est souvent associée à une dépression. Pour déterminer s'il convient de faire deux diagnostics (anxiété phobique et épisode dépressif) ou un seul (anxiété phobique ou épisode dépressif), il faut tenir compte de l'ordre de survenue des troubles et des mesures thérapeutiques au moment de l'examen.

F40.0 Agoraphobie

Groupe relativement bien défini de phobies concernant la crainte de quitter son domicile, la peur des magasins, des foules et des endroits publics, ou la peur de voyager seul en train, en autobus ou en avion. La présence d'un trouble panique est fréquente au cours des épisodes actuels ou antérieurs d'agoraphobie. Parmi les caractéristiques associées, on retrouve souvent des symptômes dépressifs ou obsessionnels, ainsi que des phobies sociales. Les conduites d'évitement sont souvent au premier plan de la symptomatologie et certains agoraphobes n'éprouvent que peu d'anxiété, car ils parviennent à éviter les situations phobogènes.

F40.00 Agoraphobie sans trouble panique (actuel) (antérieur)

F40.01 Agoraphobie avec trouble panique

F40.1 Phobies sociales

Crainte d'être dévisagé par d'autres personnes, entraînant un évitement des situations d'interaction sociale. Les phobies sociales envahissantes s'accompagnent habituellement d'une perte de l'estime de soi et d'une peur d'être critiqué. Les phobies sociales peuvent se manifester par un rougissement, un tremblement des mains, des nausées ou un besoin urgent d'uriner, le patient étant parfois convaincu que l'une ou l'autre de ces manifestations secondaires constitue le problème primaire. Les symptômes peuvent évoluer vers des attaques de panique.

Anthropophobie

Névrose sociale

F40.2 Phobies spécifiques (isolées)

Phobies limitées à des situations spécifiques comme la proximité de certains animaux, les endroits élevés, les orages, l'obscurité, les voyages en avion, les espaces clos, l'utilisation des toilettes publiques, la prise de certains aliments, les soins dentaires, le sang ou les blessures. Bien que limitée, la situation phobogène peut déclencher, quand le sujet y est exposé, un état de panique, comme dans l'agoraphobie ou la phobie sociale.

Acrophobie

Claustrophobie

Phobie(s) (des) :

- animaux
- simple

À l'exclusion de : dysmorphophobie (non délirante) (F45.2)
nosophobie (F45.2)

F40.8 Autres troubles anxieux phobiques**F40.9 Trouble anxieux phobique, sans précision**

État phobique SAI

Phobie SAI

F41 Autres troubles anxieux

Troubles caractérisés essentiellement par la présence de manifestations anxieuses qui ne sont pas déclenchées exclusivement par l'exposition à une situation déterminée. Ils peuvent s'accompagner de symptômes dépressifs ou obsessionnels, ainsi que de certaines manifestations traduisant une anxiété phobique, ces manifestations étant toutefois manifestement secondaires ou peu sévères.

F41.0 Trouble panique [anxiété épisodique paroxystique]

Les caractéristiques essentielles de ce trouble sont des attaques récurrentes d'anxiété sévère (attaques de panique), ne survenant pas exclusivement dans une situation particulière ou dans des circonstances déterminées, et dont la survenue est, de ce fait, imprévisible. Comme dans d'autres troubles anxieux, les symptômes essentiels concernent la survenue brutale de palpitations, de douleurs thoraciques, de sensations d'étouffement, d'étourdissements et de sentiments d'irréalité (dépersonnalisation ou déréalisation). Il existe par ailleurs souvent aussi une peur secondaire de mourir, de perdre le contrôle de soi ou de devenir fou. On ne doit pas faire un diagnostic de trouble panique quand le sujet présente un trouble dépressif au moment de la survenue des attaques de panique ; les attaques de panique sont, dans ce cas, probablement secondaires à la dépression.

Attaque } de panique
État }

À l'exclusion de : trouble panique avec agoraphobie (F40.0)

F41.00 Trouble panique moyen**F41.01 Trouble panique sévère****F41.1 Anxiété généralisée**

Anxiété généralisée et persistante qui ne survient pas exclusivement, ni même de façon préférentielle, dans une situation déterminée (l'anxiété est « flottante »). Les symptômes essentiels sont variables, mais le patient se plaint de nervosité permanente, de tremblements, de tension musculaire, de transpiration, d'un sentiment de « tête vide », de palpitations, d'étourdissements et d'une gêne épigastrique. Par ailleurs, le sujet a souvent peur que lui-même ou l'un de ses proches tombe malade ou ait un accident.

État anxieux } anxieuse
Névrose }
Réaction }

À l'exclusion de : neurasthénie (F48.0)

F41.2 Trouble anxieux et dépressif mixte

Cette sous-catégorie doit être utilisée quand le sujet présente à la fois des symptômes anxieux et des symptômes dépressifs, sans prédominance nette des uns ou des autres et sans que l'intensité des uns ou des autres soit suffisante pour justifier un diagnostic séparé. Quand des symptômes anxieux et dépressifs sont présents simultanément avec une intensité suffisante pour justifier des diagnostics séparés, les deux diagnostics doivent être notés et on ne fait pas un diagnostic de trouble anxieux et dépressif mixte.

Dépression anxieuse (légère ou non persistante)

F41.3 Autres troubles anxieux mixtes

Symptôme anxieux s'accompagnant de caractéristiques d'autres troubles cités en F41-F48. Aucun symptôme considéré séparément n'est suffisamment grave pour justifier un diagnostic.

F41.8 Autres troubles anxieux précisés

Hystérie d'angoisse

F41.9 Trouble anxieux, sans précision

Anxiété SAI

F42 Trouble obsessionnel-compulsif

Trouble caractérisé essentiellement par des idées obsédantes ou des comportements compulsifs récurrents. Les pensées obsédantes sont des idées, des représentations ou des impulsions faisant intrusion dans la conscience du sujet de façon répétitive et stéréotypée. En règle générale, elles gênent considérablement le sujet, lequel essaie souvent de leur résister, mais en vain. Le sujet reconnaît toutefois qu'il s'agit de ses propres pensées, même si celles-ci sont étrangères à sa volonté et souvent répugnantes. Les comportements et rituels compulsifs sont des activités stéréotypées répétitives. Le sujet ne tire aucun plaisir direct de la réalisation de ces actes, lesquels, par ailleurs, n'aboutissent pas à la réalisation de tâches utiles en elles-mêmes. Le comportement compulsif a pour but d'empêcher un événement dont la survenue est objectivement peu probable, impliquant souvent un malheur pour le sujet ou dont le sujet serait responsable. Le sujet reconnaît habituellement l'absurdité et l'inutilité de son comportement et fait des efforts répétés pour supprimer celui-ci. Le trouble s'accompagne presque toujours d'une anxiété. Cette anxiété s'aggrave quand le sujet essaie de résister à son activité compulsive.

Comprend : névrose :

- anankastique
- obsessionnelle-compulsive

À l'exclusion de : personnalité obsessionnelle-compulsive (F60.5)

F42.0 Trouble obsessionnel-compulsif, avec idées ou ruminations obsédantes au premier plan

Il peut s'agir d'idées, de représentations ou d'impulsions qui sont habituellement à l'origine d'un sentiment de détresse. Parfois il s'agit d'hésitations interminables entre des alternatives qui s'accompagnent souvent d'une impossibilité à prendre des décisions banales mais nécessaires dans la vie courante. Il existe une relation particulièrement étroite entre ruminations obsédantes et dépression, et on ne fera un diagnostic de trouble obsessionnel-compulsif que si les ruminations surviennent ou persistent en l'absence d'un épisode dépressif.

F42.1 Trouble obsessionnel-compulsif, avec comportements compulsifs [rites obsessionnels] au premier plan

La plupart des comportements compulsifs concernent la propreté (en particulier le lavage des mains), des vérifications répétées pour éviter la survenue d'une situation qui pourrait devenir dangereuse ou un souci excessif de l'ordre et du rangement. Le comportement du sujet est soutenu par une crainte consistant habituellement dans l'appréhension d'un danger encouru ou provoqué par le sujet, et l'activité rituelle constitue un moyen inefficace ou symbolique pour écarter ce danger.

F42.2 Trouble obsessionnel-compulsif, forme mixte, avec idées obsédantes et comportements compulsifs**F42.8 Autres troubles obsessionnels-compulsifs****F42.9 Trouble obsessionnel-compulsif, sans précision****F43 Réaction à un facteur de stress sévère, et troubles de l'adaptation**

Cette catégorie est différente des autres dans la mesure où sa définition ne repose pas exclusivement sur les symptômes et l'évolution, mais également sur l'un ou l'autre des deux facteurs étiologiques suivants : un événement particulièrement stressant entraînant une réaction aiguë à un facteur de stress, ou un changement particulièrement marquant dans la vie du sujet, comportant des conséquences désagréables et durables et aboutissant à un trouble de l'adaptation. Des facteurs de stress psychosociaux relativement peu sévères parmi des événements de la vie (*life events*) peuvent précipiter la survenue ou influencer le tableau clinique d'un grand nombre de troubles classés ailleurs dans ce chapitre, mais il est toujours possible de leur attribuer un rôle étiologique, d'autant plus qu'il faut prendre en considération des facteurs de vulnérabilité, souvent idiosyncrasiques, propres à chaque individu. En d'autres termes, ces événements de la vie ne sont ni nécessaires ni suffisants pour expliquer la survenue et la nature du trouble observé. En revanche, on admet que les troubles réunis dans cette catégorie sont toujours la conséquence directe d'un facteur de stress aigu important ou d'un traumatisme persistant. Les événements stressants ou les troubles réunis dans ce chapitre peuvent ainsi être considérés comme des réponses inadaptées à un facteur de stress sévère ou persistant dans la mesure où ils interfèrent avec des mécanismes adaptatifs efficaces et conduisent ainsi à des problèmes dans la fonction sociale.

F43.0 Réaction aigüe à un facteur de stress

Trouble transitoire, survenant chez un individu ne présentant aucun autre trouble mental manifeste, à la suite d'un facteur de stress physique et psychique exceptionnel et disparaissant habituellement en quelques heures ou en quelques jours. La survenue et la gravité d'une réaction aigüe à un facteur de stress sont influencées par des facteurs de vulnérabilité individuels et par la capacité du sujet à faire face à un traumatisme. La symptomatologie est typiquement mixte et variable et comporte un état d'« hébétude » caractérisé par un certain rétrécissement du champ de la conscience et de l'attention, une impossibilité à intégrer des stimuli et une désorientation. Cet état peut être suivi d'un retrait croissant vis-à-vis de l'environnement (pouvant aller jusqu'à une stupeur dissociative – voir F44.2) ou d'une agitation avec hyperactivité (réaction de fuite ou fugue). Le trouble s'accompagne fréquemment des symptômes neurovégétatifs d'une anxiété panique (tachycardie, transpiration, bouffées de chaleur). Les symptômes se manifestent habituellement dans les minutes suivant la survenue du stimulus ou de l'évènement stressant et disparaissent en l'espace de deux à trois jours (souvent en quelques heures). Il peut y avoir une amnésie partielle ou complète (F44.0) de l'épisode. Quand les symptômes persistent, il convient d'envisager un changement de diagnostic.

Choc psychique

État de crise

Fatigue de combat

Réaction aigüe (au) (de) :

- crise
- stress

F43.00 Réaction aigüe légère à un facteur de stress**F43.01 Réaction aigüe moyenne à un facteur de stress****F43.02 Réaction aigüe sévère à un facteur de stress****F43.1 État de stress posttraumatique**

Ce trouble constitue une réponse différée ou prolongée à une situation ou à un évènement stressant (de courte ou de longue durée), exceptionnellement menaçant ou catastrophique, et qui provoquerait des symptômes évidents de détresse chez la plupart des individus. Des facteurs prédisposants, tels certains traits de personnalité (par exemple compulsive, asthénique) ou des antécédents de type névrotique, peuvent favoriser la survenue du syndrome ou aggraver son évolution ; ces facteurs ne sont toutefois pas nécessaires ou suffisants pour expliquer la survenue du syndrome. Les symptômes typiques comprennent la reviviscence répétée de l'évènement traumatique, dans des souvenirs envahissants (*flashbacks*), des rêves ou des cauchemars ; ils surviennent dans un contexte durable d'« anesthésie psychique » et d'émoussement émotionnel, de détachement par rapport aux autres, d'insensibilité à l'environnement, d'anhédonie et d'évitement des activités ou des situations pouvant réveiller le souvenir du traumatisme. Les symptômes précédents s'accompagnent habituellement d'un hyperveil neurovégétatif, avec hypervigilance, état de « qui-vive » et

insomnie, associés fréquemment à une anxiété, une dépression ou une idéation suicidaire. La période séparant la survenue du traumatisme et celle du trouble peut varier de quelques semaines à quelques mois. L'évolution est fluctuante, mais se fait vers la guérison dans la plupart des cas. Dans certains cas, le trouble peut présenter une évolution chronique, durer de nombreuses années, et entraîner une modification durable de la personnalité (F62.0)

Névrose traumatique

F43.2 Troubles de l'adaptation

Etat de détresse et de perturbation émotionnelle, entravant habituellement le fonctionnement et les performances sociales, survenant au cours d'une période d'adaptation à un changement existentiel important ou à un évènement stressant. Le facteur de stress peut entraver l'intégrité de l'environnement social du sujet (deuil, expériences de séparation) ou son système global de support social et de valeurs sociales (immigration, statut de réfugié); ailleurs, le facteur de stress est en rapport avec une période de transition ou de crise au cours du développement (scolarisation, naissance d'un enfant, échec dans la poursuite d'un but important, mise à la retraite). La prédisposition et la vulnérabilité individuelles jouent un rôle important dans la survenue et la symptomatologie d'un trouble de l'adaptation ; on admet toutefois que le trouble ne serait pas survenu en l'absence du facteur de stress concerné. Les manifestations, variables, comprennent une humeur dépressive, une anxiété ou une inquiétude (ou l'association de ces troubles), un sentiment d'impossibilité à faire face, à faire des projets, ou à continuer dans la situation actuelle, ainsi qu'une certaine altération du fonctionnement quotidien. Elles peuvent s'accompagner d'un trouble des conduites, en particulier chez les adolescents. La caractéristique essentielle de ce trouble peut consister en une réaction dépressive, de courte ou de longue durée, ou une autre perturbation des émotions et des conduites.

Choc culturel

Hospitalisme chez l'enfant

Réaction de deuil

À l'exclusion de : angoisse de séparation de l'enfance (F93.0)

F43.20 Réaction dépressive brève

F43.21 Réaction dépressive prolongée

F43.22 Réaction mixte, anxieuse et dépressive

F43.23 Trouble de l'adaptation, avec prédominance d'une perturbation d'autres émotions

F43.24 Trouble de l'adaptation, avec prédominance d'une perturbation des conduites

F43.25 Trouble de l'adaptation, avec prédominance d'une perturbation mixte des émotions et des conduites

F43.28 Trouble de l'adaptation, avec prédominance d'une perturbation d'autres symptômes précisés

F43.8 **Autres réactions à un facteur de stress sévère**

F43.9 **Réaction à un facteur de stress sévère, sans précision**

F44 **Trouble dissociatif**

Les divers troubles dissociatifs (ou de conversion) ont en commun une perte partielle ou complète des fonctions normales d'intégration des souvenirs, de la conscience de l'identité ou des sensations immédiates et du contrôle des mouvements corporels. Toutes les variétés de troubles dissociatifs ont tendance à disparaître après quelques semaines ou mois, en particulier quand leur survenue est associée à un événement traumatique. L'évolution peut également se faire vers des troubles plus chroniques, en particulier des paralysies et des anesthésies, quand la survenue du trouble est liée à des problèmes ou des difficultés interpersonnelles insolubles. Dans le passé, ces troubles ont été classés comme divers types d'« hystérie de conversion ». On admet qu'ils sont psychogènes, dans la mesure où ils surviennent en relation temporelle étroite avec des événements traumatiques, des problèmes insolubles et insupportables ou des relations interpersonnelles difficiles. Les symptômes traduisent souvent l'idée que se fait le sujet du tableau clinique d'une maladie physique. L'examen médical et les examens complémentaires ne permettent pas de mettre en évidence un trouble physique (en particulier neurologique) connu. Par ailleurs, on dispose d'arguments pour penser que la perte d'une fonction est, dans ce trouble, l'expression d'un conflit ou d'un besoin psychique. Les symptômes peuvent se développer en relation étroite avec un facteur de stress psychologique et ils surviennent souvent brusquement. Seuls les troubles impliquant soit une perturbation des fonctions physiques normalement sous le contrôle de la volonté, soit une perte des sensations sont inclus ici. Les troubles impliquant des manifestations douloureuses ou d'autres sensations physiques complexes faisant intervenir le système nerveux autonome sont classés parmi les troubles somatoformes (F45.0). La possibilité de survenue, à une date ultérieure, d'un trouble physique ou psychiatrique grave doit toujours être gardée à l'esprit.

Comprend : hystérie (de conversion)
 psychose hystérique
 réaction de conversion

À l'exclusion de : simulateur (Z76.5)

F44.0 Amnésie dissociative

La caractéristique essentielle est une perte de la mémoire concernant habituellement des événements importants récents, non due à un trouble mental organique, et trop importante pour être mise sur le compte d'une simple « mauvaise mémoire » ou d'une fatigue. L'amnésie concerne habituellement des événements traumatisants tels que des accidents ou des deuils imprévus, et elle est le plus souvent partielle et sélective. Une amnésie complète et généralisée est rare, et elle accompagne habituellement une fugue (F44.1) ; dans ce cas, on doit faire un diagnostic de fugue. On ne doit pas faire ce diagnostic en présence d'un trouble cérébral organique, d'une intoxication ou d'une fatigue extrême.

À l'exclusion de : amnésie :

- SAI (R41.3)
- antérograde (R41.1)
- postcritique chez les épileptiques (G40.–)
- rétrograde (R41.2)

syndrome amnésique :

- induit par l'alcool ou d'autres substances psychoactives (F10–F19 avec le quatrième caractère .6)
- organique non alcoolique (F04)

F44.1 Fugue dissociative

La fugue dissociative présente toutes les caractéristiques d'une amnésie dissociative et comporte, par ailleurs, un déplacement, en apparence motivé, dépassant le rayon du déplacement quotidien habituel. Bien qu'il existe une amnésie pour la période de la fugue, le comportement du sujet au cours de cette dernière peut paraître parfaitement normal à des observateurs indépendants.

À l'exclusion de : fugue postcritique chez les épileptiques (G40.–)

F44.2 Stupeur dissociative

Le diagnostic de stupeur repose sur la présence d'une diminution importante ou d'une absence des mouvements volontaires et d'une réactivité normale à des stimuli externes tels que la lumière, le bruit ou le toucher, mais l'examen clinique et les examens complémentaires ne mettent en évidence aucun élément en faveur d'une cause physique. Par ailleurs, on dispose d'arguments en faveur d'une origine psychogène du trouble, dans la mesure où il est possible de mettre en évidence des événements ou des problèmes stressants récents.

À l'exclusion de : stupeur :

- SAI (R40.1)
 - catatonique (F20.2)
 - dépressive (F31–F33)
 - maniaque (F30.2)
- trouble catatonique organique (F06.1)

F44.3 États de transe et de possession

Troubles caractérisés par une perte transitoire de sa propre identité, associée à une conservation parfaite de la conscience du milieu environnant. Sont à inclure ici uniquement les états de transe involontaires ou non désirés, survenant en dehors de situations admises dans le contexte religieux ou culturel du sujet.

À l'exclusion de : états associés à :

- intoxication aiguë par une substance psychoactive (F10–F19 avec le quatrième caractère .0)
- schizophrénie (F20.–)
- syndrome postcommotionnel (F07.2)
- trouble organique de la personnalité (F07.0)
- troubles psychotiques aigus et transitoires (F23.–)

F44.4 Troubles moteurs dissociatifs

Dans les formes les plus fréquentes de ces troubles, il existe une perte de la capacité à bouger une partie ou la totalité d'un membre ou de plusieurs membres. Les manifestations de ce trouble peuvent ressembler à celles de pratiquement toutes les formes d'ataxie, d'apraxie, d'akinésie, d'aphonie, de dysarthrie, de dyskinésie, de convulsions ou de paralysie.

Aphonie } psychogène
Dysphonie }

F44.5 Convulsions dissociatives

Les convulsions dissociatives peuvent ressembler très étroitement aux mouvements que l'on observe au cours d'une crise épileptique ; toutefois, la morsure de la langue, les blessures dues à une chute ou la perte des urines sont rares ; par ailleurs, le trouble peut s'accompagner de stupeur ou de transe, mais il ne s'accompagne pas d'une perte de la conscience.

F44.6 Anesthésie dissociative et atteintes sensorielles

Les limites des territoires cutanés anesthésiés correspondent plus aux conceptions personnelles du patient sur le fonctionnement du corps qu'à des connaissances médicales. Il peut y avoir atteinte de certains types de sensibilité avec conservation des autres, ne correspondant à aucune lésion neurologique connue. La perte de sensibilité peut s'accompagner de paresthésies. La perte de la vision ou de l'audition est rarement totale dans les troubles dissociatifs.

Surdité psychogène

F44.7 Trouble dissociatif [de conversion] mixte

Association de troubles précisés en F44.0–F44.6

F44.8 Autres troubles dissociatifs [de conversion]

Confusion } psychogène
 État second }

F44.80 Syndrome de Ganser**F44.81 Personnalité multiple****F44.82 Troubles dissociatifs [de conversion] transitoires
survenant dans l'enfance ou dans l'adolescence****F44.88 Autres troubles dissociatifs [de conversion] précisés****F44.9 Trouble dissociatif [de conversion], sans précision****F45 Troubles somatoformes**

La caractéristique essentielle est l'apparition de symptômes physiques associés à une quête médicale insistante, persistant en dépit de bilans négatifs répétés et de déclarations faites par les médecins selon lesquelles les symptômes n'ont aucune base organique. S'il existe un trouble physique authentique, ce dernier ne permet de rendre compte ni de la nature ou de la gravité des symptômes, ni de la détresse ou des préoccupations du sujet.

À l'exclusion de : dysfonctionnement sexuel non induit par un trouble ou une maladie organique (F52.–)
 facteurs psychologiques ou comportementaux associés à des maladies ou des troubles classés ailleurs (F54)
 habitude de se ronger les ongles (F98.8)
 lallation (F80.0)
 onychophagie (F98.8)
 s'arracher les cheveux (F98.4)
 succion du pouce (F98.8)
 syndrome de Gilles de la Tourette (F95.2)
 tics de l'enfance et de l'adolescence (F95.–)
 trichotillomanie (F63.3)
 troubles dissociatifs (F44.–)
 zézaiement (F80.8)

F45.0 Somatisation

Les principales caractéristiques sont des symptômes physiques multiples, récurrents et variables dans le temps, persistant au moins deux ans. Dans la plupart des cas, les sujets entretiennent depuis longtemps des relations complexes avec les services médicaux, spécialisés et non spécialisés, et ont subi de nombreuses investigations ou interventions exploratrices négatives. Les symptômes peuvent renvoyer à n'importe quel système ou partie du corps. Le trouble a une évolution chronique et fluctuante, et s'accompagne souvent d'une altération du comportement social, interpersonnel et familial. Quand le trouble est de durée plus brève (moins de deux ans) ou quand il se caractérise par des symptômes moins évidents, on doit faire un diagnostic de trouble somatoforme indifférencié (F45.1).

Syndrome de Briquet

Trouble psychosomatique multiple

À l'exclusion de : simulateur (Z76.5)

F45.1 Trouble somatoforme indifférencié

Le diagnostic d'un trouble somatoforme indifférencié doit être envisagé devant des plaintes somatoformes multiples, variables dans le temps, persistantes, mais ne répondant pas au tableau clinique complet et typique d'une somatisation.

Trouble psychosomatique indifférencié

F45.2 Trouble hypocondriaque

La caractéristique principale de ce trouble est une préoccupation persistante concernant la présence éventuelle d'un ou de plusieurs troubles somatiques graves et évolutifs, se traduisant par des plaintes somatiques persistantes ou par une préoccupation durable concernant l'apparence physique. Des sensations et des signes physiques normaux ou anodins sont souvent interprétés par le sujet comme étant anormaux ou pénibles. L'attention du sujet se concentre habituellement sur un ou deux organes ou systèmes. Il existe souvent une dépression et une anxiété importantes, pouvant justifier un diagnostic supplémentaire.

Dysmorphophobie (non délirante)

Hypocondrie

Névrose hypocondriaque

Nosophobie

Peur d'une dysmorphie corporelle

À l'exclusion de : dysmorphophobie délirante (F22.8)
idées délirantes stables concernant le
fonctionnement ou la forme du corps (F22.-)

F45.3 Dysfonctionnement neurovégétatif somatoforme

Le patient attribue ses symptômes au trouble somatique d'un système ou d'un organe innervé et contrôlé, en grande partie ou entièrement, par le système neurovégétatif : système cardiovasculaire, gastro-intestinal, respiratoire, et urogénital. Les symptômes sont habituellement de deux types, aucun des deux n'évoquant un trouble somatique de l'organe ou du système concerné. Le premier type concerne des plaintes en rapport avec des signes objectifs d'un hyperfonctionnement neurovégétatif, par exemple des palpitations, une transpiration, des bouffées de chaleur ou de froid, des tremblements, ainsi que des manifestations traduisant une crainte et un sentiment de détresse quant à la présence possible d'un trouble somatique. Le deuxième type concerne des plaintes subjectives non spécifiques et variables, par exemple des douleurs vagues, des sensations de brûlure, de lourdeur, d'oppression, de gonflement ou d'étirement, attribuées par le patient à un organe ou à un système spécifique.

F45.30 Dysfonctionnement neurovégétatif d'expression circulatoire

Asthénie neurocirculatoire
Névrose cardiaque
Syndrome de Da Costa

F45.31 Dysfonctionnement neurovégétatif d'expression œsogastrique

Formes psychogènes de :

- aérophagie
- dyspepsie
- hoquet
- spasme du pylore

Névrose gastrique

F45.32 Dysfonctionnement neurovégétatif d'expression intestinale

Formes psychogènes de :

- ballonnement
- « côlon irritable »
- diarrhée
- flatulence

F45.33 Dysfonctionnement neurovégétatif d'expression respiratoire

Formes psychogènes de :

- hyperventilation
- toux

F45.34 Dysfonctionnement neurovégétatif d'expression génito-urinaire

Formes psychogènes de :

- dysurie
- mictions fréquentes

F45.38 Dysfonctionnement neurovégétatif d'expression autre

À l'exclusion de : facteurs psychologiques et comportementaux associés à des maladies ou des troubles classés ailleurs (F54)

F45.4 Syndrome douloureux somatoforme persistant

La plainte essentielle concerne une douleur persistante, intense, s'accompagnant d'un sentiment de détresse, non expliquée entièrement par un processus physiologique ou un trouble physique et survenant dans un contexte de conflits émotionnels et de problèmes psychosociaux suffisamment importants pour constituer la cause essentielle du trouble selon le clinicien. Le trouble assure habituellement au patient une aide et une sollicitude accrues de la part de son entourage et des médecins. Une douleur considérée comme psychogène mais survenant au cours d'un trouble dépressif ou d'une schizophrénie ne doit pas être classée ici.

Céphalées } psychogène(s)
 Dorsalgie }
 Douleur somatoforme
 Psychalgie

À l'exclusion de : céphalée de tension (G44.2)
 douleur :
 • SAI (R52.9)
 • aigüe (R52.0)
 • chronique (R52.2)
 • irréductible (R52.1)
 mal de dos SAI (M54.9)

F45.8 Autres troubles somatoformes

Tous les autres troubles des sensations, des fonctions et du comportement, non dus à un trouble physique, qui ne sont pas sous l'influence du système neurovégétatif, qui se rapportent à des systèmes ou à des parties du corps spécifiques et qui sont étroitement liés d'un point de vue chronologique avec des événements ou des problèmes stressants.

Dysménorrhée
 Dysphagie, y compris la « boule hystérique » } psychogène
 Prurit }
 Torticolis }
 Grincement des dents [Bruxisme]

F45.9 Trouble somatoforme, sans précision

Trouble psychosomatique SAI

F48 Autres troubles névrotiques**F48.0** Neurasthénie

Il existe des variations culturelles importantes dans les manifestations de ce trouble, qui comporte deux types essentiels, ayant de nombreux points communs. Dans le premier type, la caractéristique essentielle est une plainte concernant une fatigue accrue après des efforts mentaux, souvent associée à une certaine diminution des performances professionnelles et des capacités à faire face aux tâches quotidiennes. La fatigabilité mentale est décrite typiquement comme une distractibilité due à une intrusion désagréable d'associations et de souvenirs, une difficulté de concentration ou une pensée globalement inefficace. Dans le deuxième type, l'accent est mis sur des sensations de faiblesse corporelle ou physique et un sentiment d'épuisement après des efforts minimes, associés à des courbatures, des douleurs musculaires et une difficulté à se détendre. Les deux types comportent habituellement plusieurs autres sensations physiques désagréables, telles que des sensations vertigineuses, des céphalées de tension et une impression d'instabilité globale. Il existe par ailleurs souvent une inquiétude concernant une dégradation de la santé mentale et physique, une irritabilité, une anhédonie et des degrés variables de dépression et d'anxiété mineures. Il existe souvent une insomnie d'endormissement, une insomnie du milieu de la nuit ou une hypersomnie.

Syndrome asthénique

Utiliser, au besoin, un code supplémentaire pour identifier une maladie somatique antérieure.

À l'exclusion de : asthénie SAI (R53)
malaise ou fatigue (R53)
psychasthénie (F48.8)
surmenage (Z73.0)
syndrome de fatigue postvirale (G93.3)

F48.1 Syndrome de dépersonnalisation-déréalisation

Trouble rare au cours duquel le sujet se plaint spontanément d'une altération qualitative de son activité mentale, de son corps et de son environnement, ceux-ci étant perçus comme irréels, lointains ou « robotisés ». Les plaintes concernant une perte des émotions et une impression d'étrangeté ou de détachement par rapport à ses pensées, à son corps ou le monde réel constituent les plus fréquentes des multiples manifestations caractérisant ce trouble. En dépit de la nature dramatique de ce genre d'expérience, le sujet est conscient de la non-réalité du changement. L'orientation est normale, et les capacités d'expression émotionnelle intactes. Des symptômes de dépersonnalisation-déréalisation peuvent survenir dans le contexte d'un trouble schizophrénique, dépressif, phobique ou obsessionnel-compulsif identifiable. Dans de tels cas, le diagnostic doit être celui du trouble principal.

F48.8 Autres troubles névrotiques précisés

Névrose :

- professionnelle
- psychasthénique

Psychasthénie

Syncope psychogène

Syndrome de Dhat

F48.9 Trouble névrotique, sans précision

Névrose SAI

Syndromes comportementaux associés à des perturbations physiologiques et à des facteurs physiques
(F50–F59)

F50 Troubles de l'alimentation

À l'exclusion de : anorexie SAI (R63.0)
difficultés nutritionnelles et nutrition inadaptée (R63.3)
polyphagie (R63.2)
troubles de l'alimentation du nourrisson et de l'enfant (F98.2)

F50.0 Anorexie mentale

Trouble caractérisé par une perte de poids intentionnelle, induite et maintenue par le patient. Il survient habituellement chez une adolescente ou une jeune femme, mais il peut également survenir chez un adolescent ou un jeune homme, tout comme un enfant proche de la puberté ou une femme plus âgée jusqu'à la ménopause. Le trouble est associé à une psychopathologie spécifique qui consiste en l'intrusion persistante d'une idée surinvestie : la peur de grossir et d'avoir un corps flaque. Les sujets s'imposent à eux-mêmes un poids faible. Il existe habituellement une dénutrition de gravité variable s'accompagnant de modifications endocriniennes et métaboliques secondaires et de perturbations des fonctions physiologiques. Les symptômes comprennent une restriction des choix alimentaires, une pratique excessive d'exercices physiques, des vomissements provoqués et l'utilisation de laxatifs, de coupe-faim et de diurétiques.

À l'exclusion de : perte d'appétit (R63.0)

- psychogène (F50.8)

F50.1 Anorexie mentale atypique

Troubles qui comportent certaines caractéristiques de l'anorexie mentale, mais dont le tableau clinique global ne justifie pas ce diagnostic. Exemple : l'un des symptômes-clés, telle une aménorrhée ou une peur importante de grossir, peut manquer alors qu'il existe une perte de poids nette et un comportement visant à réduire le poids. On ne doit pas faire ce diagnostic quand un trouble somatique connu pour entraîner une perte de poids est associé.

F50.2 Boulimie [*Bulimia nervosa*]

Syndrome caractérisé par des accès répétés d'hyperphagie et une préoccupation excessive du contrôle du poids corporel, conduisant à une alternance d'hyperphagie et de vomissements ou d'utilisation de laxatifs. Ce trouble comporte de nombreuses caractéristiques de l'anorexie mentale, par exemple une préoccupation excessive par les formes corporelles et le poids. Les vomissements répétés peuvent provoquer des perturbations électrolytiques et des complications somatiques. Dans les antécédents, on retrouve souvent, mais pas toujours, un épisode d'anorexie mentale survenu de quelques mois à plusieurs années plus tôt.

Boulimie SAI

Hyperorexia nervosa

F50.3 Boulimie atypique

Troubles qui comportent certaines caractéristiques de la boulimie, mais dont le tableau clinique global ne justifie pas ce diagnostic. Exemple : accès hyperphagiques récurrents et utilisation excessive de laxatifs sans changement significatif de poids ou sans préoccupation excessive des formes ou du poids corporel.

F50.4 Hyperphagie associée à d'autres perturbations psychologiques

Hyperphagie due à des événements stressants tels que deuil, accident, accouchement, etc.

Hyperphagie psychogène

À l'exclusion de : obésité (E66.–)

F50.5 Vomissements associés à d'autres perturbations psychologiques

Vomissements répétés survenant au cours d'un trouble dissociatif (F44.–) et d'une hypochondrie (F45.2), et qui ne sont pas exclusivement imputables à une des affections classées en dehors de ce chapitre. Ce code peut également être utilisé en complément du code O21.– (vomissements incoercibles au cours de la grossesse), quand des facteurs émotionnels sont au premier plan dans la survenue de nausées et de vomissements récurrents au cours de la grossesse.

Vomissements psychogènes

À l'exclusion de : nausées (R11)
vomissements SAI (R11)

F50.8 Autres troubles de l'alimentation

Perte de l'appétit psychogène

Pica de l'adulte

À l'exclusion de : pica du nourrisson et de l'enfant (F98.3)

F50.9 Trouble de l'alimentation, sans précision**F51 Troubles du sommeil non organiques**

Dans de nombreux cas, une perturbation du sommeil est l'un des symptômes d'un autre trouble mental ou physique. Savoir si, chez un patient donné, un trouble du sommeil est une perturbation indépendante ou simplement l'une des manifestations d'un autre trouble classé soit dans ce chapitre, soit dans d'autres chapitres doit être précisé sur la base des éléments cliniques et de l'évolution, aussi bien qu'à partir de considérations et de priorités thérapeutiques au moment de la consultation. En règle générale, ce code doit être utilisé conjointement à d'autres diagnostics pertinents décrivant la psychopathologie et la physiopathologie impliquées dans un cas donné, quand la perturbation du sommeil est une des plaintes prépondérantes et quand elle est ressentie comme une affection en elle-même. Cette catégorie comprend uniquement les troubles du sommeil qui sont imputables à des facteurs émotionnels. Il ne comprend pas les troubles du sommeil imputables à des troubles somatiques identifiables classés ailleurs.

À l'exclusion de : trouble du sommeil d'origine organique (G47.–)

F51.0 Insomnie non organique

Affection dans laquelle la durée et la qualité du sommeil ne sont pas satisfaisantes, qui persiste pendant une période prolongée ; il peut s'agir d'une difficulté d'endormissement, d'une difficulté à rester endormi ou d'un réveil matinal précoce. L'insomnie est un symptôme commun à de nombreux troubles mentaux ou physiques ; elle ne doit être classée ici, parallèlement au diagnostic principal, que lorsqu'elle domine le tableau clinique.

À l'exclusion de : insomnie organique (G47.0)

F51.1 Hypersomnie non organique

L'hypersomnie est un état défini soit par une somnolence diurne excessive et des attaques de sommeil (non expliquées par une durée inadéquate du sommeil), soit par des périodes de transition prolongées lors du réveil, entre le sommeil et l'état de veille complet. En l'absence d'un facteur organique expliquant la survenue d'une hypersomnie, cet état est habituellement attribuable à un trouble mental.

À l'exclusion de : hypersomnie organique (G47.1)
narcolepsie (G47.4)

F51.2 Trouble du rythme veille-sommeil non dû à une cause organique

Absence de synchronisme entre l'horaire veille-sommeil propre à un individu et l'horaire veille-sommeil approprié à son environnement, le sujet se plaignant soit d'insomnie, soit d'hypersomnie.

Inversion psychogène du rythme (du) :

- circadien
- nyctéméral
- sommeil

À l'exclusion de : troubles du cycle veille-sommeil d'origine organique (G47.2)

F51.3 Somnambulisme

Altération de l'état de conscience tenant à la fois du sommeil et de la veille. Durant un épisode de somnambulisme, l'individu se lève du lit, habituellement au cours du premier tiers du sommeil nocturne et il déambule ; ces manifestations correspondent à un niveau réduit de vigilance, de réactivité et d'habileté motrice. Au réveil, le sujet ne garde habituellement aucun souvenir de l'épisode.

F51.4 Terreurs nocturnes

Elles constituent des épisodes nocturnes au cours desquels une terreur et une panique extrêmes sont associées à une vocalisation intense, à une agitation motrice et à un hyperfonctionnement neurovégétatif. L'individu s'assied ou se lève, habituellement durant le premier tiers du sommeil nocturne, avec un cri de terreur. Assez souvent, il court jusqu'à la porte comme s'il essayait de s'échapper ; en fait il ne quitte que rarement sa chambre. Le souvenir de l'évènement, s'il existe, est très limité (se réduisant habituellement à une ou deux images mentales fragmentaires).

F51.5 Cauchemars

Expérience de rêve chargée d'anxiété ou de peur s'accompagnant d'un souvenir très détaillé du contenu du rêve. Cette expérience de rêve est très intense et comporte habituellement comme thèmes des menaces pour l'existence, la sécurité et l'estime de soi. Assez souvent, les cauchemars ont tendance à se répéter avec des thèmes identiques ou similaires. Les épisodes typiques comportent un certain degré de décharge neuro-végétative, mais pas d'activité verbale ou motrice notable. Au réveil, le sujet devient assez rapidement alerte et bien orienté.

Rêves d'angoisse

F51.8 Autres troubles du sommeil non organiques

F51.9 Trouble du sommeil non organique, sans précision

Trouble émotionnel du sommeil SAI

F52 Dysfonctionnement sexuel, non dû à un trouble ou à une maladie organique

Les dysfonctionnements sexuels regroupent les différents types de difficulté à avoir une relation sexuelle du type souhaité. La réponse sexuelle est un processus psychosomatique et, le plus souvent, des processus à la fois psychologiques et somatiques interviennent dans le déclenchement d'un trouble de la fonction sexuelle.

À l'exclusion de : syndrome de Dhat (F48.8)

F52.0 Absence ou perte de désir sexuel

La perte du désir sexuel est le problème principal et n'est pas secondaire à d'autres difficultés sexuelles comme un défaut d'érection ou une dyspareunie.

Baisse du désir sexuel

Frigidité

F52.1 Aversion sexuelle et manque de plaisir sexuel

Soit la perspective d'une relation sexuelle déclenche une peur ou une anxiété telle que toute activité sexuelle est évitée (aversion sexuelle) soit les réponses sexuelles surviennent normalement et l'orgasme est ressenti mais il existe une absence de plaisir approprié (absence de plaisir sexuel).

F52.10 Aversion sexuelle

F52.11 Manque de plaisir sexuel [Anhédonie (sexuelle)]

F52.2 Échec de la réponse génitale

Le problème principal chez les hommes est un trouble des fonctions érectiles (difficulté à développer ou à maintenir une érection adéquate pour un rapport satisfaisant). Chez les femmes, le problème principal est une sécheresse vaginale ou un manque de lubrification.

Impuissance psychogène

Trouble de :

- érection chez l'homme
- réponse sexuelle chez la femme

À l'exclusion de : impuissance d'origine organique (N48.4)

F52.3 Dysfonctionnement orgasmique

L'orgasme ne survient pas ou est nettement retardé.

Anorgasmie psychogène

Inhibition de l'orgasme chez la femme ou chez l'homme

F52.4 Éjaculation précoce

Impossibilité de contrôler suffisamment l'éjaculation pour que les deux partenaires trouvent du plaisir dans les rapports sexuels.

F52.5 Vaginisme non organique

Spasme des muscles du plancher pelvien qui entourent le vagin, provoquant l'occlusion de l'ouverture vaginale. L'intromission est impossible ou douloureuse.

Vaginisme psychogène

À l'exclusion de : vaginisme organique (N94.2)

F52.6 Dyspareunie non organique

La dyspareunie (ou douleur durant les relations sexuelles) survient tant chez la femme que chez l'homme. Elle peut souvent être attribuée à une cause pathologique locale et doit alors être classée dans la rubrique de l'affection pathologique en cause. Cette sous-catégorie doit être utilisée uniquement lorsqu'il n'y a pas un autre dysfonctionnement sexuel primaire (par exemple un vaginisme ou une sécheresse vaginale).

Dyspareunie psychogène

À l'exclusion de : dyspareunie organique (N94.1)

F52.7 Activité sexuelle excessive

Nymphomanie

Satyriasis

F52.8 Autres dysfonctionnements sexuels non dus à un trouble ou à une maladie organique**F52.9 Dysfonctionnement sexuel non dû à un trouble ou à une maladie organique, sans précision**

F53 Troubles mentaux et du comportement associés à la puerpéralité, non classés ailleurs

Classer ici uniquement les troubles mentaux associés à la puerpéralité qui apparaissent durant les six premières semaines après l'accouchement et qui ne répondent pas aux critères d'un autre trouble classé ailleurs dans ce chapitre, soit parce que les informations disponibles ne sont pas suffisantes, soit parce qu'ils présentent des caractéristiques cliniques supplémentaires particulières ne permettant pas de les classer ailleurs de façon appropriée.

F53.0 Troubles mentaux et du comportement légers associés à la puerpéralité, non classés ailleurs

Dépression (du) :

- après un accouchement SAI
- *post partum* SAI

F53.1 Troubles mentaux et du comportement sévères associés à la puerpéralité, non classés ailleurs

Psychose puerpérale SAI

F53.8 Autres troubles mentaux et du comportement associés à la puerpéralité, non classés ailleurs**F53.9 Trouble mental de la puerpéralité, sans précision****F54 Facteurs psychologiques et comportementaux associés à des maladies ou des troubles classés ailleurs**

Cette catégorie doit être utilisée pour enregistrer la présence de facteurs psychologiques ou comportementaux supposés avoir joué un rôle majeur dans la survenue d'un trouble physique classable dans l'un des autres chapitres. Les perturbations psychiques attribuables à ces facteurs sont habituellement légères mais souvent persistantes (par exemple, une inquiétude, un conflit émotionnel, une appréhension) et leur présence ne justifie pas un diagnostic de l'une quelconque des catégories décrites dans ce chapitre.

Facteurs psychologiques influençant une affection physique

Exemples d'utilisation de cette catégorie :

- asthme F54 et J45.–
- colite muqueuse F54 et K58.–
- dermite F54 et L23–L25
- rectocolite hémorragique F54 et K51.–
- ulcère gastrique F54 et K25.–
- urticaire F54 et L50.–

Utiliser, au besoin, un code supplémentaire pour identifier un trouble physique associé.

À l'exclusion de : céphalée dite de tension (G44.2)

F55 **Abus de substances n'entraînant pas de dépendance**

Des spécialités pharmaceutiques et des remèdes populaires très divers peuvent être impliqués. Trois groupes sont particulièrement importants :

- a) des médicaments psychotropes n'entraînant pas de dépendance tels les antidépresseurs,
- b) les laxatifs
- c) des analgésiques pouvant être achetés sans prescription médicale, tels que l'aspirine ou le paracétamol.

L'utilisation persistante de ces substances entraîne fréquemment des contacts excessifs avec des professionnels de la santé ou leurs équipes, et s'accompagne parfois d'effets somatiques nocifs induits par les substances. Les sujets s'opposent souvent aux tentatives faites pour déconseiller ou interdire l'utilisation du produit ; en ce qui concerne les laxatifs et les analgésiques, les sujets peuvent ne pas tenir compte des avertissements relatifs aux complications somatiques telles qu'un dysfonctionnement rénal ou des perturbations électrolytiques (voire à la survenue de celles-ci). Alors que le patient a habituellement une appétence manifeste pour la substance, il ne présente pas de symptôme de dépendance ou de sevrage comme dans le cas de substances psychoactives précisées en F10–F19.

À l'exclusion de : abus de substances psychoactives (F10–F19)

- F55.+0** **Abus d'antidépresseurs**
- F55.+1** **Prise régulière de laxatifs**
- F55.+2** **Abus d'analgésiques**
- F55.+3** **Abus d'antiacides**
- F55.+4** **Abus de vitamines**
- F55.+5** **Abus de stéroïdes et d'hormones**
- F55.+6** **Abus de préparation à base de plantes et de remèdes populaires**
- F55.+8** **Abus d'autres substances n'entraînant pas de dépendance**
- F55.+9** **Abus de substances n'entraînant pas de dépendance, sans précision**

F59 **Syndromes comportementaux non précisés associés à des perturbations physiologiques et à des facteurs physiques**

Dysfonctionnement physiologique psychogène SAI

Troubles de la personnalité et du comportement chez l'adulte (F60–F69)

Ce groupe comprend divers états et types de comportement significatifs qui ont tendance à persister et qui sont l'expression de la manière caractéristique de vivre de l'individu et de sa façon d'établir des rapports avec lui-même et avec autrui. Certains de ces états et types de comportements apparaissent précocement au cours du développement individuel sous l'influence conjointe de facteurs constitutionnels et sociaux, tandis que d'autres sont acquis plus tard dans la vie. Les troubles spécifiques de la personnalité (F60.–), les troubles mixtes et autres troubles de la personnalité (F61) et les modifications durables de la personnalité (F62.–) représentent des modalités de comportement profondément enracinées et durables, consistant en des réactions inflexibles à des situations personnelles et sociales de nature très variée. Ces troubles représentent des déviations soit extrêmes soit significatives des perceptions, des pensées des sensations et particulièrement des relations avec autrui par rapport à celles d'un individu moyen d'une culture donnée. De tels types de comportement sont généralement stables et englobent de multiples domaines du comportement et du fonctionnement psychologique. Ils sont souvent, mais pas toujours, associés à une souffrance subjective et à une altération du fonctionnement social d'intensité variable.

F60 Troubles spécifiques de la personnalité

Il s'agit de perturbations sévères de la personnalité et des tendances comportementales de l'individu non directement imputables à une maladie, une lésion ou une autre atteinte cérébrale, ou à un trouble psychiatrique. Ces perturbations concernent habituellement plusieurs secteurs de la personnalité ; elles s'accompagnent en général d'un bouleversement durant l'enfance ou l'adolescence et persistent pendant tout l'âge adulte.

F60.0 Personnalité paranoïaque

Trouble de la personnalité caractérisé par une sensibilité excessive aux rebuffades, un refus de pardonner les insultes, un caractère soupçonneux, une tendance à fausser les événements en interprétant les actions impartiales ou amicales d'autrui comme hostiles ou méprisantes, une suspicion répétée sans justification en ce qui concerne la fidélité de son conjoint ou partenaire sexuel, et un sens tenace et agressif de ses propres droits. Il peut exister une tendance à une surévaluation de sa propre importance et souvent une référence excessive à sa propre personne.

Personnalité :

- fanatique
- paranoïaque (expansive) (sensitive)
- quérulente

À l'exclusion de : état paranoïaque (F22.0)
paranoïa (F22.0)

- quérulente (F22.8)

psychose paranoïaque (F22.0)
schizophrénie paranoïde (F20.0)

F60.1 Personnalité schizoïde

Trouble de la personnalité caractérisé par un retrait des contacts (sociaux, affectifs ou autres), une préférence pour la fantaisie, les activités solitaires et l'introspection. Il existe une limitation à exprimer ses sentiments et à éprouver du plaisir.

À l'exclusion de : schizophrénie (F20.–)
syndrome d'Asperger (F84.5)
trouble :

- délirant (F22.0)
- schizoïde de l'enfance (F84.5)
- schizotypique (F21)

F60.2 Personnalité dyssociale

Trouble de la personnalité caractérisé par un mépris des obligations sociales et une indifférence froide pour autrui. Il y a un écart considérable entre le comportement et les normes sociales établies. Le comportement n'est guère modifié par les expériences vécues, y compris par les sanctions. Il existe une faible tolérance à la frustration et un abaissement du seuil de décharge de l'agressivité y compris de la violence ; il y a une tendance à blâmer autrui ou à justifier un comportement amenant le sujet à entrer en conflit avec la société par des rationalisations plausibles.

Personnalité :

- amonale
- antisociale
- asociale
- psychopathique
- sociopathique

À l'exclusion de : personnalité émotionnellement labile (F60.3)
trouble des conduites (F91)

F60.3 Personnalité émotionnellement labile

Trouble de la personnalité caractérisé par une tendance nette à agir de façon impulsive et sans considération pour les conséquences possibles, une humeur imprévisible et capricieuse, une tendance aux explosions émotionnelles et une difficulté à contrôler les comportements impulsifs, une tendance à adopter un comportement querelleur et à entrer en conflit avec les autres, particulièrement lorsque les actes impulsifs sont contrariés ou empêchés. Deux types peuvent être distingués : le type impulsif, caractérisé principalement par une instabilité émotionnelle et un manque de contrôle des impulsions, et le type *borderline*, caractérisé en outre par des perturbations de l'image de soi, de l'établissement de projets et des préférences personnelles, par un sentiment chronique de vide intérieur, par des relations interpersonnelles intenses et instables et par une tendance à adopter un comportement autodestructeur, comprenant des tentatives de suicide et des gestes suicidaires.

À l'exclusion de : personnalité dyssociale (F60.2)

F60.30 Personnalité émotionnellement labile, de type impulsif

Personnalité :

- agressive
- explosive

F60.31 Personnalité émotionnellement labile, de type borderline

F60.4 Personnalité histrionique

Trouble de la personnalité caractérisé par une affectivité superficielle et labile, une dramatisation, un théâtralisme, une expression exagérée des émotions, une suggestibilité, un égocentrisme, une autocomplaisance, un manque de considération pour autrui, une tendance à être facilement blessé, un besoin d'excitation et un désir permanent d'être apprécié et d'être l'objet d'attention.

Personnalité :

- hystérique
- psycho-infantile

F60.5 Personnalité anankastique

Trouble de la personnalité caractérisé par un sentiment de doute, un perfectionnisme, une scrupulosité, des vérifications et des préoccupations pour les détails, un entêtement, une prudence et une rigidité excessives. Le trouble peut s'accompagner de pensées ou d'impulsions répétitives et intrusives n'atteignant pas la sévérité d'un trouble obsessionnel-compulsif.

Personnalité :

- compulsive
- obsessionnelle
- obsessionnelle-compulsive

À l'exclusion de : trouble obsessionnel-compulsif (F42.–)

F60.6 Personnalité anxieuse [évitante]

Trouble de la personnalité caractérisé par un sentiment de tension et d'appréhension, d'insécurité et d'infériorité. Il existe un désir perpétuel d'être aimé et accepté, une hypersensibilité à la critique et au rejet, une réticence à nouer des relations et une tendance à éviter certaines activités en raison d'une exagération des dangers ou des risques potentiels de situations banales.

F60.7 Personnalité dépendante

Trouble de la personnalité caractérisé par une tendance systématique à laisser passivement autrui prendre les décisions importantes ou mineures le concernant, par une crainte d'être abandonné, des sentiments d'impuissance et d'incompétence, une soumission passive à la volonté d'autrui (par exemple des personnes plus âgées) et une difficulté à faire face aux exigences de la vie quotidienne. Un manque d'énergie peut se manifester dans le domaine intellectuel ou émotionnel ; il existe souvent une tendance à rejeter la responsabilité sur autrui.

Personnalité :

- à conduite d'échec
- asthénique
- inadéquate
- passive

F60.8 Autres troubles spécifiques de la personnalité

Personnalité :

- de type *haltlose*
- excentrique
- immature
- narcissique
- passive-agressive
- psychonévrotique

F60.9 Trouble de la personnalité, sans précision

Névrose de caractère SAI

Personnalité pathologique SAI

F61 Troubles mixtes de la personnalité et autres troubles de la personnalité

Cette catégorie concerne des troubles de la personnalité souvent gênants, mais ne présentant pas les caractéristiques symptomatiques spécifiques de l'un quelconque des troubles décrits en F60.-. De ce fait, le diagnostic de ces troubles soulève souvent des difficultés.

Exemples :

- modifications gênantes de la personnalité non classables en F60.- ou F62.-, et considérées comme accessoires comparativement à un diagnostic de trouble affectif ou anxieux concomitant
- troubles mixtes de la personnalité avec présence de caractéristiques appartenant à plusieurs des troubles décrits en F60.-, mais sans prédominance d'un groupe déterminé de symptômes permettant de faire un diagnostic plus spécifique

À l'exclusion de : accentuation de certains traits de la personnalité (Z73.1)

F61.+0 Troubles mixtes de la personnalité**F61.+1 Modifications gênantes de la personnalité**

À l'exclusion de : *troubles spécifiques de la personnalité (F60.-)*

modification durable de la personnalité non attribuable à une lésion et une maladie cérébrales (F62.-)

F62 **Modification durable de la personnalité non attribuable à une lésion et une maladie cérébrales**

Cette catégorie concerne des anomalies de la personnalité et du comportement chez l'adulte, survenant en l'absence de troubles préalables de la personnalité et faisant suite à un facteur de stress, soit catastrophique, soit excessif et prolongé, ou à une maladie psychiatrique sévère. Ce diagnostic ne doit être porté que dans les cas où on a la preuve d'un changement manifeste et durable des modes de perception, de relation ou de pensée concernant l'environnement ou soi-même. La modification de la personnalité doit être significative et être associée à un comportement rigide et mal adapté, absent avant la survenue de l'évènement pathogène. La modification ne doit pas être la manifestation directe d'un autre trouble mental ni un symptôme résiduel d'un trouble mental antérieur.

À l'exclusion de : trouble de la personnalité et du comportement dû à une affection, une lésion et un dysfonctionnement cérébraux (F07.-)

F62.0 **Modification durable de la personnalité après une expérience de catastrophe**

Modification durable de la personnalité, persistant au moins deux ans, à la suite de l'exposition à un facteur de stress catastrophique. Le facteur de stress doit être d'une intensité telle qu'il n'est pas nécessaire de se référer à une vulnérabilité personnelle pour expliquer son effet profond sur la personnalité. Le trouble se caractérise par une attitude hostile ou méfiante envers le monde, un retrait social, des sentiments de vide ou de désespoir, par l'impression permanente d'être « sous tension » comme si on était constamment menacé et par un détachement. Un état de stress posttraumatique (F43.1) peut précéder ce type de modification de la personnalité.

Modification de la personnalité après :

- captivité prolongée avec risque d'être tué à tout moment
- désastres
- expériences de camp de concentration
- exposition prolongée à des situations représentant un danger vital, comme le fait d'être victime du terrorisme
- torture

À l'exclusion de : état de stress posttraumatique (F43.1)

F62.1 Modification durable de la personnalité après une maladie psychiatrique

Modification de la personnalité persistant au moins deux ans, imputable à l'expérience traumatique d'une maladie psychiatrique sévère. Le changement ne peut pas s'expliquer par un trouble antérieur de la personnalité et doit être différencié d'une schizophrénie résiduelle et d'autres états morbides consécutifs à la guérison incomplète d'un trouble mental antérieur. Ce trouble se caractérise par une dépendance et une attitude de demande excessives vis-à-vis des autres, par la conviction d'avoir été transformé ou marqué par la maladie au point de ne pas parvenir à établir ou maintenir des relations interpersonnelles étroites et confiantes et de s'isoler socialement, par une passivité, une perte des intérêts et un engagement moindre dans les activités de loisir, par des plaintes persistantes de se sentir souffrant, parfois associées à des plaintes hypocondriaques et à un comportement de malade, par une humeur dysphorique ou labile non due à un trouble mental actuel ni aux symptômes affectifs résiduels d'un trouble mental antérieur et par des problèmes à long terme du fonctionnement social et professionnel.

F62.8 Autres modifications durables de la personnalité

Trouble de la personnalité lié à un syndrome algique chronique

F62.9 Modification durable de la personnalité, sans précision**F63 Troubles des habitudes et des impulsions**

Cette catégorie comprend certains troubles du comportement qui ne peuvent pas être classés sous d'autres rubriques. Ils sont caractérisés par des actes répétés, sans motivation rationnelle claire, incontrôlables, et qui vont généralement à l'encontre des intérêts du sujet lui-même et de ceux d'autres personnes. Le sujet indique que son comportement est sous l'emprise d'impulsions à agir. La cause de ces troubles n'est pas connue. Ils ont été regroupés en raison de certaines similitudes dans leur tableau clinique, non parce qu'ils ont en commun d'autres caractéristiques importantes.

À l'exclusion de : consommation abusive habituelle d'alcool ou de substances psychoactives (F10–F19)
troubles des habitudes et des impulsions concernant le comportement sexuel (F65.–)

F63.0 Jeu pathologique

Trouble consistant en des épisodes répétés et fréquents de jeu qui dominent la vie du sujet au détriment des valeurs et des obligations sociales, professionnelles, matérielles et familiales.

Jeu compulsif

À l'exclusion de : jeu :

- chez des personnalités dyssociales (F60.2)
- et pari SAI (Z72.6)
- excessif chez des patients maniaques (F30.–)

F63.1 Tendance pathologique à allumer des incendies [Pyromanie]

Trouble caractérisé par des actes ou tentatives multiples visant à mettre le feu aux objets et aux biens sans motif apparent, associé à des préoccupations idéiques persistantes concernant le feu ou l'incendie. Ce comportement s'accompagne souvent d'un état de tension croissante avant l'acte et d'une excitation intense immédiatement après.

À l'exclusion de : incendie volontaire :

- associé à des troubles des conduites (F91.–)
- au cours de :
 - intoxication par l'alcool ou des substances psychoactives (F10–F19, avec le quatrième caractère .0)
 - schizophrénie (F20.–)
 - trouble mental organique (F00–F09)
- par des adultes présentant une personnalité dyssociale (F60.2)
- suivi d'une mise en observation pour suspicion de trouble mental (Z03.2)

F63.2 Tendance pathologique à commettre des vols [Kleptomanie]

Trouble caractérisé par des impossibilités répétées à résister aux impulsions de vol d'objets. Les objets ne sont pas volés pour leur utilité immédiate ou leur valeur monétaire ; le sujet peut, au contraire, soit les jeter, soit les donner, soit encore les entasser. Ce comportement s'accompagne habituellement d'un état de tension croissante avant l'acte et d'un sentiment de satisfaction pendant et immédiatement après la réalisation de celui-ci.

À l'exclusion de : mise en observation pour suspicion de trouble mental à la suite d'un vol (Z03.2)

vol au cours d'un trouble :

- dépressif (F31–F33)
- trouble mental organique (F00–F09)

F63.3 Trichotillomanie

Trouble caractérisé par une perte visible des cheveux, causée par une impossibilité répétée de résister aux impulsions à s'arracher les cheveux. L'arrachage des cheveux est habituellement précédé par une sensation croissante de tension et suivi d'un sentiment de soulagement ou de satisfaction. On ne porte pas ce diagnostic quand le sujet présente une affection inflammatoire du cuir chevelu, ou quand il s'arrache les cheveux à la suite d'idées délirantes ou d'hallucinations.

À l'exclusion de : mouvements stéréotypés avec arrachage des cheveux (F98.4)

F63.8 Autres troubles des habitudes et des impulsions

Autres variétés de comportements inadaptés persistants et répétés, non secondaires à un syndrome psychiatrique reconnu. Le sujet ne parvient pas, de façon répétitive, à résister à des impulsions le poussant à adopter ce comportement, avec une période prodromique de tension suivie d'un sentiment de soulagement lors de la réalisation de l'acte.

Trouble explosif intermittent

F63.9 Trouble des habitudes et des impulsions, sans précision**F64 Troubles de l'identité sexuelle****F64.0 Transsexualisme**

Il s'agit d'un désir de vivre et d'être accepté en tant que personne appartenant au sexe opposé. Ce désir s'accompagne habituellement d'un sentiment de malaise ou d'inadaptation par rapport à son sexe anatomique et du souhait de subir une intervention chirurgicale ou un traitement hormonal afin de rendre son corps aussi conforme que possible au sexe désiré.

F64.1 Travestisme bivalent

Ce terme désigne le fait de porter des vêtements du sexe opposé pendant une partie de son existence de façon à se satisfaire de l'expérience d'appartenir au sexe opposé, mais sans désir de changement de sexe plus permanent moyennant une transformation chirurgicale ; le changement de vêtements ne s'accompagne d'aucune excitation sexuelle.

Trouble de l'identité sexuelle chez l'adulte ou l'adolescent, type non transsexuel

À l'exclusion de : travestisme fétichiste (F65.1)

F64.2 Trouble de l'identité sexuelle de l'enfance

Trouble se manifestant habituellement pour la première fois dans la première enfance (et toujours avant la puberté), caractérisé par une souffrance intense et persistante relative au sexe assigné, accompagné d'un désir d'appartenir à l'autre sexe (ou d'une affirmation d'en faire partie). Les vêtements et les activités propres au sexe opposé et un rejet de son propre sexe sont des préoccupations persistantes. Il faut qu'il existe une perturbation profonde de l'identité sexuelle normale pour porter ce diagnostic ; il ne suffit pas qu'une fille soit simplement un « garçon manqué » ou qu'un garçon soit une « fille manquée ». Les troubles de l'identité sexuelle chez les individus pubères ou prépubères ne doivent pas être classés ici mais en F66.–.

À l'exclusion de : orientation sexuelle égodystonique (F66.1)
trouble de la maturation sexuelle (F66.0)

F64.8 Autres troubles de l'identité sexuelle**F64.9 Trouble de l'identité sexuelle, sans précision**

Trouble du rôle sexuel SAI

F65 Troubles de la préférence sexuelle

Comprend : paraphilies

F65.0 Fétichisme

Utilisation d'objets inanimés comme stimulus de l'excitation et de la satisfaction sexuelle. De nombreux fétiches sont des prolongements du corps, comme des vêtements ou des chaussures. D'autres exemples courants concernent une texture particulière comme le caoutchouc, le plastique ou le cuir. Les objets fétiches varient dans leur importance d'un individu à l'autre. Dans certains cas, ils servent simplement à renforcer l'excitation sexuelle, atteinte par ailleurs dans des conditions normales (par exemple le fait d'avoir un partenaire qui porte un vêtement particulier).

F65.1 Travestisme fétichiste

Port de vêtements du sexe opposé, principalement dans le but d'obtenir une excitation sexuelle et de créer l'apparence d'une personne du sexe opposé. Le travestisme fétichiste se distingue du travestisme transsexuel par sa nette association avec une excitation sexuelle et par le besoin de se débarrasser des vêtements une fois l'orgasme atteint et l'excitation sexuelle retombée. Il peut survenir en tant que phase précoce du développement d'un transsexualisme.

Fétichisme avec travestisme

F65.2 Exhibitionnisme

Tendance récurrente ou persistante à exposer les organes génitaux à des étrangers (en général du sexe opposé) ou à des gens dans des endroits publics, sans désirer ou solliciter un contact plus étroit. Il y a habituellement, mais non constamment, excitation sexuelle au moment de l'exhibition et l'acte est suivi, en général, de masturbation.

F65.3 Voyeurisme

Tendance récurrente ou persistante à observer des personnes qui se livrent à des activités sexuelles ou intimes comme le déshabillage. Cela survient sans que la personne observée sache qu'elle l'est et conduit généralement à une excitation sexuelle et à une masturbation.

F65.4 Pédophilie

Préférence sexuelle pour les enfants, qu'il s'agisse de garçons, de filles ou de sujets de l'un ou l'autre sexe, généralement d'âge prépubère ou au début de la puberté.

F65.5 Sadomasochisme

Préférence pour une activité sexuelle qui implique douleur, humiliation ou asservissement. Si le sujet préfère être l'objet d'une telle stimulation, on parle de masochisme ; s'il préfère en être l'exécutant, il s'agit de sadisme. Souvent, un sujet obtient l'excitation sexuelle par des comportements à la fois sadiques et masochistes.

Masochisme

Sadisme

F65.6 Troubles multiples de la préférence sexuelle

Parfois, une personne présente plusieurs anomalies de la préférence sexuelle sans qu'aucune d'entre elles soit au premier plan. L'association la plus fréquente regroupe le fétichisme, le travestisme et le sadomasochisme.

F65.8 Autres troubles de la préférence sexuelle

Diverses autres modalités de la préférence et du comportement sexuel tels que le fait de dire des obscénités au téléphone, de se froter à autrui dans des endroits publics, de combler à la recherche d'une stimulation sexuelle, l'activité sexuelle avec un animal, l'emploi de la strangulation ou de l'anoxie pour augmenter l'excitation sexuelle.

Frotteurisme

Nécrophilie

F65.9 Trouble de la préférence sexuelle, sans précision

Déviations sexuelles SAI

F66 Problèmes psychologiques et comportementaux associés au développement sexuel et à son orientation

Note: L'orientation sexuelle n'est pas, en elle-même, à considérer comme un trouble.

F66.0 Trouble de la maturation sexuelle

Le sujet est incertain quant à son identité sexuelle ou son orientation sexuelle et sa souffrance est responsable d'anxiété ou de dépression. La plupart du temps, cela survient chez des adolescents qui ne sont pas certains de leur orientation, homosexuelle, hétérosexuelle ou bisexuelle, ou chez des sujets qui, après une période d'orientation sexuelle apparemment stable (souvent dans une relation de longue durée), éprouvent un changement dans leur orientation sexuelle.

F66.1 Orientation sexuelle égodystosique

Il n'existe pas de doute quant à l'identité ou la préférence sexuelle (hétérosexualité, homosexualité, bisexualité ou préférence pour les enfants), mais le sujet désire modifier cette identité ou cette préférence en raison de troubles psychologiques et du comportement associés, et il peut chercher à se faire traiter pour changer.

F66.2 Problème sexuel relationnel

L'identité ou l'orientation sexuelle (hétérosexuelle, homosexuelle ou bisexuelle) entraîne des difficultés dans l'établissement et le maintien de relations sexuelles avec un partenaire.

F66.8 Autres troubles du développement psychosexuel**F66.9 Trouble du développement psychosexuel, sans précision**

F68 **Autres troubles de la personnalité et du comportement chez l'adulte****F68.0** **Majoration des symptômes physiques pour des raisons psychologiques**

Symptômes physiques compatibles avec – et initialement dus à – un trouble, une maladie ou une incapacité physique, mais amplifiés ou entretenus par l'état psychique du patient. Le sujet réagit habituellement par un sentiment de détresse à la douleur ou à l'incapacité et redoute, parfois à juste titre, une persistance ou une aggravation de son incapacité ou de sa douleur.

Névrose de compensation

F68.1 **Production intentionnelle ou simulation de symptômes ou d'une incapacité, soit physique soit psychologique [Trouble factice]**

Simulation répétée de symptômes, sans objectif évident, avec parfois automutilation dans le but de provoquer des signes et des symptômes. Les motifs ne sont pas clairs et probablement internes, visant à obtenir un rôle de malade et s'accompagnant souvent d'une perturbation nette de la personnalité et des relations.

Hospitalisme

Patient itinérant

Syndrome de Münchhausen

À l'exclusion de : dermite factice (L98.1)
personne feignant d'être malade (avec une motivation évidente) (Z76.5)

F68.8 **Autres troubles précisés de la personnalité et du comportement chez l'adulte**

Trouble :

- caractériel SAI
- relationnel SAI

F69 **Troubles de la personnalité et du comportement chez l'adulte, sans précision**

Retard mental (F70–F79)

Arrêt ou développement incomplet du fonctionnement mental, caractérisé essentiellement par une altération, durant la période du développement, des facultés qui déterminent le niveau global d'intelligence, c'est-à-dire des fonctions cognitives, du langage, de la motricité et des capacités sociales. Le retard mental peut accompagner un autre trouble mental ou physique ou survenir isolément.

Les degrés de retard mental sont habituellement déterminés par des tests d'intelligence normalisés. Ces derniers peuvent s'accompagner d'échelles évaluant l'adaptation sociale à un milieu donné. Ces mesures fournissent une estimation approximative du degré de retard mental. Le diagnostic dépendra également de l'évaluation globale des fonctions intellectuelles par un médecin compétent.

Les capacités intellectuelles et l'adaptation sociale peuvent changer et, même si elles sont très médiocres, être améliorées par une formation et une rééducation appropriées. Le diagnostic doit être basé sur les niveaux fonctionnels constatés.

Les subdivisions suivantes doivent être utilisées comme quatrième caractère pour identifier la gravité de la déficience du comportement :

- .0 Déficience du comportement absent ou minime**
- .1 Déficience du comportement significatif, nécessitant une surveillance ou un traitement**
- .8 Autres déficiences du comportement**
- .9 Sans mention d'une déficience du comportement**

Utiliser, au besoin, un code supplémentaire pour noter les affections associées, par exemple un autisme, un autre trouble du développement, une épilepsie, un trouble des conduites ou un désavantage physique grave.

F70 Retard mental léger

[voir page 394 pour les subdivisions]

Q.I. de 50 à 69 (chez les adultes, âge mental de 9 à moins de 12 ans). Aboutira vraisemblablement à des difficultés scolaires. Beaucoup d'adultes seront capables de travailler et de maintenir de bonnes relations sociales et de s'intégrer à la société.

Comprend : arriération mentale légère

F71 Retard mental moyen

[\[voir page 394 pour les subdivisions\]](#)

Q.I. de 35 à 49 (chez les adultes, âge mental de 6 à moins de 9 ans). Aboutira vraisemblablement à d'importants retards de développement dans l'enfance, mais beaucoup peuvent acquérir des aptitudes scolaires et un certain degré d'indépendance et les capacités suffisantes pour communiquer. Les adultes auront besoin d'un soutien de niveaux variés pour travailler et vivre dans la communauté.

Comprend : arriération mentale moyenne

F72 Retard mental grave

[\[voir page 394 pour les subdivisions\]](#)

Q.I. de 20 à 35 (chez les adultes, âge mental de 3 à moins de 6 ans). Aboutira vraisemblablement à un besoin prolongé de soutien.

Comprend : arriération mentale grave

F73 Retard mental profond

[\[voir page 394 pour les subdivisions\]](#)

Q.I. au-dessous de 20 (chez les adultes, âge mental en dessous de 3 ans). Aboutit à une limitation très marquée des capacités à prendre soin de soi-même, de contrôler ses besoins naturels, de communiquer et de se déplacer.

Comprend : arriération mentale profonde

F78 Autres formes de retard mental

[\[voir page 394 pour les subdivisions\]](#)

F79 Retard mental, sans précision

[\[voir page 394 pour les subdivisions\]](#)

Comprend : arriération mentale SAI
débilité mentale SAI

Troubles du développement psychologique (F80–F89)

Les troubles classés dans ce groupe ont en commun :

- a) un début obligatoirement dans la première ou la seconde enfance ;
- b) une altération ou un retard du développement de fonctions étroitement liées à la maturation biologique du système nerveux central ;
- c) une évolution continue sans rémission ni rechute. Dans la plupart des cas, les fonctions atteintes concernent le langage, le repérage visuospatial et la coordination motrice. Habituellement, le retard ou le déficit était présent dès qu'il pouvait être mis en évidence avec certitude et il diminue progressivement avec l'âge (des déficits légers peuvent toutefois persister à l'âge adulte).

F80 Troubles spécifiques du développement de la parole et du langage

Troubles dans lesquels les modalités normales d'acquisition du langage sont altérées dès les premiers stades du développement. Ces troubles ne sont pas directement attribuables à des anomalies neurologiques, des anomalies anatomiques de l'appareil phonatoire, des altérations sensorielles, un retard mental ou des facteurs de l'environnement. Les troubles spécifiques du développement de la parole et du langage s'accompagnent souvent de problèmes associés tels des difficultés de la lecture et de l'orthographe, une perturbation des relations interpersonnelles, des troubles émotionnels et des troubles du comportement.

F80.0 Trouble spécifique de l'acquisition de l'articulation

Trouble spécifique dans lequel l'utilisation par l'enfant des phonèmes est inférieure au niveau correspondant à son âge mental, mais avec un niveau linguistique normal.

Dyslalie

Lallation

Trouble :

- du développement (de) :
 - l'articulation
 - phonologique
- fonctionnel de l'articulation

À l'exclusion de : altération de l'articulation (associée à) (due à) :

- aphasie SAI (R47.0)
- apraxie (R48.2)
- perte de l'audition (H90–H91)
- retard mental (F70–F79)
- trouble de l'acquisition du langage :
 - de type expressif (F80.1)
 - de type réceptif (F80.2)

F80.1 Trouble de l'acquisition du langage, de type expressif

Trouble spécifique du développement dans lequel les capacités de l'enfant à utiliser le langage oral sont nettement inférieures au niveau correspondant à son âge mental, mais dans lequel la compréhension du langage se situe dans les limites de la normale. Le trouble peut s'accompagner ou non d'une perturbation de l'articulation.

Dysphasie ou aphasie de développement, de type expressif

À l'exclusion de : aphasie acquise avec épilepsie [Landau–Kleffner] (F80.3)
 dysphasie et aphasie SAI (R47.0)
 dysphasie ou aphasie de développement, de type réceptif (F80.2)
 mutisme électif (F94.0)
 retard mental (F70–F79)
 troubles envahissant du développement (F84.–)

F80.2 Trouble de l'acquisition du langage, de type réceptif

Trouble spécifique du développement dans lequel les capacités de l'enfant à comprendre le langage sont inférieures au niveau correspondant à son âge mental. En fait, dans la plupart des cas, le versant expressif est, lui aussi, nettement altéré et il existe habituellement des perturbations de l'articulation.

Aphasie de développement, de type Wernicke
Dysphasie ou aphasie de développement, de type réceptif
Surdité verbale
Trouble réceptif auditif congénital

À l'exclusion de : aphasie acquise avec épilepsie [Landau–Kleffner] (F80.3)
autisme (F84.0–F84.1)
dysphasie et aphasie :
• SAI (R47.0)
• de développement, de type expressif (F80.1)
mutisme électif (F94.0)
retard (de) :
• acquisition du langage secondaire à une perte de l'audition (H90–H91)
• mental (F70–F79)

F80.3 Aphasie acquise avec épilepsie [Landau–Kleffner]

Trouble dans lequel l'enfant, dont le langage s'est auparavant développé normalement, perd ses acquisitions de langage, à la fois sur le versant expressif et réceptif, tout en gardant une intelligence normale. La survenue du trouble s'accompagne d'anomalies paroxystiques à l'EEG et, dans la plupart des cas, de crises d'épilepsie. Le trouble apparaît habituellement entre trois et sept ans, avec perte du langage en quelques jours ou quelques semaines. La succession dans le temps, entre le début des crises épileptiques et la perte du langage, est assez variable, l'une des deux manifestations précédant l'autre (ou inversement) de quelques mois à deux ans. Ce trouble pourrait être dû à un processus encéphalitique inflammatoire. Dans environ deux tiers des cas, les sujets gardent un déficit plus ou moins important du langage (de type réceptif).

À l'exclusion de : aphasie (due à) :
• SAI (R47.1)
• autisme (F84.0–F84.1)
• troubles désintégratifs de l'enfance (F84.2–F84.3)

F80.8 Autres troubles du développement de la parole et du langage

Zézaïement

F80.9 Trouble du développement de la parole et du langage, sans précision

Trouble du langage SAI

F81 Troubles spécifiques du développement des acquisitions scolaires

Troubles dans lesquels les modalités habituelles d'apprentissage sont altérées dès les premières étapes du développement. L'altération n'est pas seulement la conséquence d'un manque d'occasions d'apprentissage ou d'un retard mental et elle n'est pas due à un traumatisme cérébral ou à une atteinte cérébrale acquise.

F81.0 Trouble spécifique de la lecture

La caractéristique essentielle est une altération spécifique et significative de l'acquisition de la lecture non imputable exclusivement à un âge mental bas, à des troubles de l'acuité visuelle ou à une scolarisation inadéquate. Les capacités de compréhension de la lecture, la reconnaissance des mots, la lecture orale et les performances dans les tâches nécessitant la lecture peuvent toutes être atteintes. Le trouble spécifique de la lecture s'accompagne fréquemment de difficultés en orthographe, persistant souvent à l'adolescence, même quand l'enfant a pu faire quelques progrès en lecture. Les enfants présentant un trouble spécifique de la lecture ont souvent des antécédents de troubles de la parole ou du langage. Le trouble s'accompagne souvent de troubles émotionnels et de perturbations du comportement pendant l'âge scolaire.

Dyslexie de développement

Retard spécifique de lecture

À l'exclusion de : alexie SAI (R48.0)

difficultés de lecture secondaires à des troubles émotionnels (F93.-)

dyslexie SAI (R48.0)

F81.1 Trouble spécifique de l'acquisition de l'orthographe

La caractéristique essentielle est une altération spécifique et significative du développement des performances en orthographe, en l'absence d'antécédents d'un trouble spécifique de la lecture et non imputable à un âge mental bas, à des troubles de l'acuité visuelle ou à une scolarisation inadéquate. Les capacités à épeler oralement et à écrire correctement les mots sont toutes deux affectées.

Retard spécifique de l'orthographe (sans trouble de la lecture)

À l'exclusion de : agraphie SAI (R48.8)

difficulté d'orthographe :

- associées à un trouble de la lecture (F81.0)
- dues à un enseignement inadéquat (Z55.8)

F81.2 Trouble spécifique de l'acquisition de l'arithmétique

Altération spécifique des performances en arithmétique non imputable exclusivement à un retard mental global ou à une scolarisation inadéquate. L'altération concerne la maîtrise des éléments de base du calcul : addition, soustraction, multiplication et division (c'est-à-dire, n'est pas limitée aux capacités mathématiques plus abstraites impliquées dans l'algèbre, la trigonométrie, la géométrie ou le calcul différentiel et intégral).

Acalculie de développement

Syndrome de Gerstmann

Trouble de l'acquisition de l'arithmétique

À l'exclusion de : acalculie SAI (R48.8)

difficultés en arithmétique :

- associées à un trouble de la lecture ou de l'orthographe (F81.3)
- dues à un enseignement inadéquat (Z55.8)

F81.3 Trouble mixte des acquisitions scolaires

Catégorie résiduelle mal définie de troubles dans lesquels il existe à la fois une altération significative du calcul et de la lecture ou de l'orthographe, non imputable exclusivement à un retard mental global ou une scolarisation inadéquate. Cette sous-catégorie doit être utilisée pour des troubles répondant à la fois aux critères de F81.2 et de F81.0 ou de F81.1.

À l'exclusion de : troubles spécifiques de l'acquisition de :

- arithmétique (F81.2)
- lecture (F81.0)
- orthographe (F81.1)

F81.8 Autres troubles du développement des acquisitions scolaires

Trouble de l'acquisition de l'expression écrite

F81.9 Trouble du développement des acquisitions scolaires, sans précision

Incapacité (de) :

- apprentissage SAI
- concernant l'acquisition des connaissances SAI

Trouble de l'apprentissage SAI

F82 **Trouble spécifique du développement moteur**

Altération sévère du développement de la coordination motrice non imputable exclusivement à un retard mental global ou à une affection neurologique spécifique congénitale ou acquise. Dans la plupart des cas, un examen clinique détaillé permet toutefois de mettre en évidence des signes traduisant une immaturité significative du développement neurologique, par exemple des mouvements choréiformes des membres, des syncinésies d'imitation et d'autres signes moteurs associés, ainsi que des perturbations de la coordination motrice fine et globale.

Débilité motrice de l'enfant
Dyspraxie de développement
Trouble de l'acquisition de la coordination

À l'exclusion de : anomalies de la démarche et de la motilité

(R26.–)

manque de coordination (R27)

- secondaire à un retard mental (F70–F79)

F83 **Troubles spécifiques mixtes du développement**

Catégorie résiduelle de troubles dans lesquels il existe à la fois des signes d'un trouble spécifique du développement, de la parole et du langage, des acquisitions scolaires et des fonctions motrices, mais sans qu'aucun élément ne prédomine suffisamment pour constituer le diagnostic principal. Cette catégorie, mixte, doit être réservée à des cas où il existe un chevauchement important de chacun de ces troubles spécifiques du développement. Ces troubles s'accompagnent habituellement, mais pas toujours, d'un certain degré d'altération des fonctions cognitives. Cette catégorie doit être utilisée pour des perturbations répondant aux critères d'au moins deux des catégories F80.–, F81.– et F82.

F84 **Troubles envahissants du développement**

Groupe de troubles caractérisés par des altérations qualitatives des interactions sociales réciproques et des modalités de communication, ainsi que par un répertoire d'intérêts et d'activités restreint, stéréotypé et répétitif. Ces anomalies qualitatives constituent une caractéristique envahissante du fonctionnement du sujet en toutes situations.

Utiliser, au besoin, un code supplémentaire pour identifier toute affection médicale associée, de même que le retard mental.

F84.0 Autisme infantile

Trouble envahissant du développement caractérisé par :

a) un développement anormal ou altéré, manifeste avant l'âge de trois ans,
b) une perturbation caractéristique du fonctionnement dans chacun des trois domaines psychologiques suivants : interactions sociales réciproques, communication, comportement (au caractère restreint, stéréotypé et répétitif).

Par ailleurs, le trouble s'accompagne souvent de nombreuses autres manifestations non spécifiques, par exemple des phobies, des perturbations du sommeil et de l'alimentation, des crises de colère et des gestes autoagressifs.

Autisme } de la petite enfance
Psychose }
Syndrome de Kanner
Trouble autistique

À l'exclusion de : psychopathie autistique (F84.5)

F84.1 Autisme atypique

Trouble envahissant du développement qui diffère de l'autisme infantile par l'âge de survenue ou parce qu'il ne répond pas à l'ensemble des trois groupes de critères diagnostiques d'un autisme infantile. Cette sous-catégorie doit être utilisée pour classer un développement anormal ou altéré, se manifestant après l'âge de trois ans et ne présentant pas des manifestations pathologiques suffisantes dans un ou deux des trois domaines psychopathologiques nécessaires pour le diagnostic d'autisme (interactions sociales réciproques, communication, comportement restreint, stéréotypé et répétitif) ; il existe toutefois des anomalies caractéristiques dans l'un ou l'autre de ces domaines. L'autisme atypique survient le plus souvent chez les enfants ayant un retard mental profond et un trouble spécifique sévère de l'acquisition du langage, de type réceptif.

Psychose infantile atypique

Retard mental avec caractéristiques autistiques

Utiliser, au besoin, un code supplémentaire pour identifier le retard mental (F70–F79).

F84.10 Autisme atypique en raison de l'âge de survenue

F84.11 Autisme atypique en raison de la symptomatologie

F84.12 Autisme atypique en raison de l'âge de survenue et de la symptomatologie

F84.2 Syndrome de Rett

Trouble décrit jusqu'ici uniquement chez les filles, caractérisé par un développement apparemment normal, suivi d'une perte partielle ou complète du langage, de la marche et de l'usage des mains, associé à un ralentissement du développement crânien et survenant habituellement entre 7 et 24 mois. La perte des mouvements volontaires des mains, les mouvements stéréotypés de torsion des mains et une hyperventilation sont caractéristiques de ce trouble. Le développement social et le développement du jeu sont arrêtés, alors que l'intérêt social reste

habituellement conservé. Une ataxie du tronc et une apraxie se manifestent à partir de l'âge de quatre ans, suivies souvent par des mouvements choréothétosiques. Le trouble entraîne presque toujours un retard mental sévère.

F84.3 Autre trouble désintégratif de l'enfance

Trouble envahissant du développement caractérisé par une période de développement tout à fait normale avant la survenue du trouble, cette période étant suivie d'une perte manifeste, en quelques mois, des performances antérieurement acquises dans plusieurs domaines du développement. Ces manifestations s'accompagnent typiquement d'une perte globale de l'intérêt vis-à-vis de l'environnement, de conduites motrices stéréotypées, répétitives et maniérées et d'une altération de type autistique de l'interaction sociale et de la communication. Dans certains cas, on peut démontrer que le trouble est dû à une encéphalopathie, mais le diagnostic doit reposer sur les anomalies du comportement.

Démence infantile

Psychose :

- désintégrative
- symbiotique

Syndrome de Heller

Utiliser, au besoin, un code supplémentaire pour identifier une éventuelle affection neurologique associée.

À l'exclusion de : syndrome de Rett (F84.2)

F84.4 Hyperactivité associée à un retard mental et à des mouvements stéréotypés

Trouble mal défini dont la validité nosologique reste incertaine. Cette sous-catégorie concerne des enfants ayant un retard mental prononcé (**Q.I. inférieur à 34**) associé à une hyperactivité importante, une perturbation majeure de l'attention et des comportements stéréotypés. Les médicaments stimulants sont habituellement inefficaces (alors qu'ils peuvent être efficaces chez les enfants ayant un Q.I. normal) et peuvent provoquer une réaction dysphorique sévère (accompagnée parfois d'un ralentissement psychomoteur). À l'adolescence, l'hyperactivité fait souvent place à une hypoactivité (ce qui n'est habituellement pas le cas chez les enfants hyperkinétiques d'intelligence normale). Ce syndrome s'accompagne par ailleurs souvent de divers retards du développement, spécifiques ou globaux. On ne sait pas dans quelle mesure le syndrome comportemental est la conséquence du retard mental ou d'une lésion cérébrale organique.

F84.5 Syndrome d'Asperger

Trouble de validité nosologique incertaine, caractérisé par une altération qualitative des interactions sociales réciproques, semblable à celle observée dans l'autisme, associée à un répertoire d'intérêts et d'activités restreint, stéréotypé et répétitif. Il se différencie de l'autisme essentiellement par le fait qu'il ne s'accompagne pas d'un déficit ou trouble du langage, ou du développement cognitif. Les sujets présentant ce trouble sont habituellement très malhabiles. Les anomalies persistent souvent à l'adolescence et à l'âge adulte. Le trouble s'accompagne parfois d'épisodes psychotiques au début de l'âge adulte.

Psychopathie autistique

Trouble schizoïde de l'enfance

F84.8 Autres troubles envahissants du développement

F84.9 Trouble envahissant du développement, sans précision

F88 Autres troubles du développement psychologique

Agnosie du développement

F89 Trouble du développement psychologique, sans précision

Trouble du développement SAI

Troubles du comportement et troubles émotionnels apparaissant habituellement durant l'enfance et l'adolescence (F90–F98)

F90 Troubles hyperkinétiques

Groupe de troubles caractérisés par un début précoce (habituellement au cours des cinq premières années de la vie), un manque de persévérance dans les activités qui exigent une participation cognitive et une tendance à passer d'une activité à l'autre sans en finir aucune, associés à une activité globale désorganisée, incoordonnée et excessive. Les troubles peuvent s'accompagner d'autres anomalies. Les enfants hyperkinétiques sont souvent imprudents et impulsifs, sujets aux accidents, et ont souvent des problèmes avec la discipline à cause d'un manque de respect des règles, résultat d'une absence de réflexion plus que d'une opposition délibérée. Leurs relations avec les adultes sont souvent marquées par une absence d'inhibition sociale, de réserve et de retenue. Ils sont mal acceptés par les autres enfants et peuvent devenir socialement isolés. Ces troubles s'accompagnent souvent d'une altération des fonctions cognitives et d'un retard spécifique du développement de la motricité et du langage. Ils peuvent entraîner un comportement dyssocial ou une perte de l'estime de soi.

À l'exclusion de : schizophrénie (F20.–)
troubles (de) :

- anxieux (F41.–)
- envahissants du développement (F84.–)
- humeur (F30–F39)

F90.0 Perturbation de l'activité et de l'attention

Altération de l'attention :

- syndrome avec hyperactivité
- trouble avec hyperactivité

À l'exclusion de : trouble hyperkinétique associé à un trouble des conduites (F90.1)

F90.1 Trouble hyperkinétique et trouble des conduites

Trouble hyperkinétique associé à un trouble des conduites

F90.8 Autres troubles hyperkinétiques

F90.9 Trouble hyperkinétique, sans précision

Réaction hyperkinétique de l'enfance ou de l'adolescence SAI
Syndrome hyperkinétique SAI

F91 Troubles des conduites

Troubles caractérisés par un ensemble de conduites dyssociales, agressives ou provocatrices, répétitives et persistantes, dans lesquelles sont bafouées les règles sociales correspondant à l'âge de l'enfant. Ces troubles dépassent ainsi largement le cadre des « mauvaises blagues » ou « mauvais tours » des enfants et les attitudes habituelles de rébellion de l'adolescent. Ils impliquent par ailleurs la notion d'un mode de fonctionnement persistant (pendant au moins six mois). Les caractéristiques d'un trouble des conduites peuvent être symptomatiques d'une autre affection psychiatrique ; dans cette éventualité, ce dernier diagnostic doit être codé.

Le diagnostic repose sur la présence de conduites du type suivant : manifestations excessives de bagarres et de tyrannie, cruauté envers des personnes ou des animaux, destruction de biens d'autrui, conduites incendiaires, vols, mensonges répétés, école buissonnière et fugues, crises de colère et désobéissance anormalement fréquentes et graves. La présence de manifestations nettes de l'un des groupes de conduites précédents est suffisante pour le diagnostic, alors que la survenue d'actes dyssociaux isolés ne l'est pas.

À l'exclusion de : schizophrénie (F20.–)
troubles (de) (des) :

- conduites associés à des troubles :
 - émotionnels (F92.–)
 - hyperkinétiques (F90.1)
- envahissants du développement (F84.–)
- humeur (F30–F39)

F91.0 Trouble des conduites limité au milieu familial

Trouble des conduites caractérisé par la présence d'un comportement dyssocial ou agressif (non limité à un comportement oppositionnel, provocateur ou perturbateur), se manifestant exclusivement, ou presque exclusivement, à la maison et dans les relations avec les membres de la famille nucléaire ou les personnes habitant sous le même toit. Pour un diagnostic positif, le trouble doit répondre par ailleurs aux critères généraux cités sous F91.– ; la présence d'une perturbation, même sévère, des relations parents-enfants n'est pas suffisante en elle-même pour ce diagnostic.

F91.1 Trouble des conduites, type mal socialisé

Trouble caractérisé par la présence d'un comportement dyssocial ou agressif persistant (répondant aux critères généraux cités en F91.– et non limité à un comportement oppositionnel, provocateur ou perturbateur), associé à une altération significative et globale des relations avec les autres enfants.

Trouble (des) :

- agressif, type mal socialisé
- conduites, type solitaire-agressif

F91.2 Trouble des conduites, type socialisé

Trouble caractérisé par la présence d'un comportement dyssocial ou agressif (répondant aux critères généraux cités en F91.– et non limité à un comportement oppositionnel, provocateur ou perturbateur), se manifestant chez des enfants habituellement bien intégrés dans leur groupe d'âge.

Délinquance « de groupe »
 Délits commis en bande
 École buissonnière
 Troubles des conduites, type « en groupe »
 Vols en groupe

F91.3 Trouble oppositionnel avec provocation

Trouble des conduites se manifestant habituellement chez de jeunes enfants, caractérisé essentiellement par un comportement provocateur, désobéissant ou perturbateur et non accompagné de comportements délictueux ou de conduites agressives ou dyssociales graves. Pour qu'un diagnostic positif puisse être porté, le trouble doit répondre aux critères généraux cités en F91.– ; les « mauvaises blagues » ou « mauvais tours », et les perturbations même sévères observées chez des enfants ne justifient pas en eux-mêmes ce diagnostic. Cette sous-catégorie doit être utilisée avec prudence, en particulier chez les enfants plus âgés, étant donné que les troubles des conduites présentant une signification clinique s'accompagnent habituellement de comportements dyssociaux ou agressifs dépassant le cadre d'un comportement provocateur, désobéissant ou perturbateur.

F91.8 Autres troubles des conduites

F91.9 Trouble des conduites, sans précision

Trouble (des) (du) :

- comportement chez l'enfant SAI
- conduites chez l'enfant SAI

F92 Troubles mixtes des conduites et troubles émotionnels

Groupe de troubles caractérisés par la présence d'un comportement agressif, dyssocial ou provocateur, associé à des signes patents et marqués de dépression, d'anxiété ou d'autres troubles émotionnels. Pour un diagnostic positif, le trouble doit répondre à la fois aux critères d'un trouble des conduites de l'enfant (F91.-) et d'un trouble émotionnel de l'enfant (F93.-) ou d'un trouble névrotique de l'adulte (F40-F48) ou d'un trouble de l'humeur (F30-F39).

F92.0 Troubles des conduites avec dépression

Trouble caractérisé par la présence d'un trouble des conduites (F91.-), associé à une humeur dépressive marquée et persistante (F32.-), se traduisant par des symptômes tels que tristesse (l'enfant se sent très malheureux), perte d'intérêt et de plaisir pour les activités usuelles, sentiment de culpabilité et perte d'espoir. Le trouble peut s'accompagner d'une perturbation du sommeil ou de l'appétit.

Trouble des conduites en F91.- associé à un trouble dépressif en F32.-

F92.8 Autres troubles mixtes des conduites et troubles émotionnels

Groupe de troubles caractérisés par la présence d'un trouble des conduites (F91.-), associé à des perturbations émotionnelles persistantes et marquées, par exemple une anxiété, des obsessions ou des compulsions, une dépersonnalisation ou une déréalisation, des phobies ou une hypochondrie.

Trouble des conduites en F91.- associé à un trouble :

- émotionnel en F93.-
- névrotique en F40-F48

F92.9 Trouble mixte des conduites et troubles émotionnels, sans précision

F93 Troubles émotionnels apparaissant spécifiquement dans l'enfance

Exacerbation de tendances normales du développement plus que des phénomènes qualitativement anormaux en eux-mêmes. C'est essentiellement sur le caractère approprié au développement que repose la différenciation entre troubles émotionnels apparaissant spécifiquement dans l'enfance et troubles névrotiques (F40-F48).

À l'exclusion de : troubles émotionnels associés à un trouble des conduites (F92.-)

F93.0 Angoisse de séparation de l'enfance

Trouble dans lequel l'anxiété est focalisée sur une crainte concernant la séparation, survenant pour la première fois au cours des premières années de l'enfance. Il se distingue de l'angoisse de séparation normale par son intensité, à l'évidence excessive, ou par sa persistance au-delà de la petite enfance, et par son association à une perturbation significative du fonctionnement social.

À l'exclusion de : anxiété sociale de l'enfance (F93.2)
trouble(s) (de) :

- anxieux phobique de l'enfance (F93.1)
- humeurs [affectifs] (F30–F39)
- névrotiques (F40–F48)

F93.1 Trouble anxieux phobique de l'enfance

Trouble caractérisé par la présence de craintes de l'enfance, hautement spécifiques d'une phase de développement, et survenant (à un certain degré) chez la plupart des enfants, mais dont l'intensité est anormale. Les autres craintes qui surviennent dans l'enfance mais qui ne font pas partie du développement psychosocial normal (par exemple une agoraphobie) doivent être classées dans la sous-catégorie appropriée de la section F40–F48.

À l'exclusion de : anxiété généralisée (F41.1)

F93.2 Anxiété sociale de l'enfance

Trouble caractérisé par une attitude de réserve vis-à-vis des étrangers et par une crainte ou une peur concernant les situations nouvelles, inhabituelles ou inquiétantes. Cette catégorie ne doit être utilisée que lorsque de telles craintes apparaissent dans la petite enfance, sont à l'évidence excessives et s'accompagnent d'une perturbation du fonctionnement social.

Évitement de l'enfance et de l'adolescence

F93.3 Rivalité dans la fratrie

La plupart des jeunes enfants sont perturbés par la naissance d'un frère ou d'une sœur. On ne doit faire le diagnostic de rivalité dans la fratrie que lorsque la réaction est à l'évidence excessive et s'accompagne d'une perturbation du fonctionnement social.

Jalousie dans la fratrie

F93.8 Autres troubles émotionnels de l'enfance

Hyperanxiété

Trouble de l'identité

À l'exclusion de : trouble de l'identité sexuelle de l'enfance (F64.2)

F93.80 Anxiété généralisée de l'enfance**F93.9 Trouble émotionnel de l'enfance, sans précision**

F94 Troubles du fonctionnement social apparaissant spécifiquement durant l'enfance et l'adolescence

Groupe relativement hétérogène de troubles caractérisés par la présence d'une perturbation du fonctionnement social, survenant durant l'enfance, mais qui ne présentent pas les caractéristiques d'une difficulté ou d'une altération sociale, apparemment constitutionnelle, envahissant tous les domaines du fonctionnement (à l'encontre de troubles envahissants du développement). Dans de nombreux cas, des perturbations ou des carences de l'environnement jouent probablement un rôle étiologique primordial.

F94.0 Mutisme électif

Trouble caractérisé par un refus, lié à des facteurs émotionnels, de parler dans certaines situations déterminées. L'enfant est capable de parler dans certaines situations, mais refuse de parler dans d'autres situations (déterminées). Le trouble s'accompagne habituellement d'une accentuation nette de certains traits de personnalité, par exemple d'une anxiété sociale, d'un retrait social, d'une hypersensibilité ou d'une opposition.

Mutisme sélectif

À l'exclusion de : mutisme transitoire accompagnant une angoisse de séparation chez de jeunes enfants (F93.0)
schizophrénie (F20.–)

troubles :

- envahissants du développement (F84.–)
- spécifiques du développement de la parole et du langage (F80.–)

F94.1 Trouble réactionnel de l'attachement de l'enfance

Trouble apparaissant au cours des cinq premières années de la vie, caractérisé par la présence d'anomalies persistantes du mode de relations sociales de l'enfant, associées à des perturbations émotionnelles et se manifestant à l'occasion de changements dans l'environnement (par exemple par une inquiétude et une hypervigilance, une réduction des interactions sociales avec les autres enfants, une autoagressivité ou une hétéroagressivité, une tristesse et, dans certains cas, un retard de croissance). La survenue du syndrome est probablement liée directement à une carence évidente, à des abus ou à des mauvais traitements de la part des parents.

Utiliser, au besoin, un code supplémentaire pour identifier un retard de développement ou de croissance associé.

À l'exclusion de : sévices sexuels ou physiques infligés à un enfant, entraînant des problèmes psychosociaux (Z61.4–Z61.6)
 syndrome d'Asperger (F84.5)
 syndromes dus à de mauvais traitements (T74.–)
 trouble de l'attachement de l'enfance avec désinhibition (F94.2)
 variation normale du mode d'attachement sélectif

F94.2 Trouble de l'attachement de l'enfance avec désinhibition

Trouble caractérisé par un mode particulier de fonctionnement social anormal, apparaissant durant les cinq premières années de la vie, persistant habituellement en dépit de modifications importantes de l'environnement. Exemples : conduites d'attachement généralisé et non sélectif, demandes d'affection et sociabilité non discriminatives, interactions peu différenciées avec les autres enfants ; des perturbations émotionnelles et d'autres troubles du comportement peuvent enfin être associés, variables selon les circonstances.

Psychopathie de privation affective
 Syndrome institutionnel

À l'exclusion de : hospitalisme chez l'enfant (F43.2)
 syndrome d'Asperger (F84.5)
 trouble(s) :
 • hyperkinétiques (F90.–)
 • réactionnel de l'attachement de l'enfance (F94.1)

F94.8 Autres troubles du fonctionnement social de l'enfance**F94.9 Trouble du fonctionnement social de l'enfance, sans précision**

F95 Tics

Syndromes caractérisés par la présence, au premier plan, d'un tic. Un tic est un mouvement moteur ou une vocalisation involontaire, rapide, récurrent et non rythmique (impliquant habituellement des groupes musculaires déterminés), survenant brusquement et sans but apparent. Les tics sont habituellement ressentis comme étant irrépressibles, mais peuvent en général être supprimés durant une période de temps variable. Ils sont souvent exacerbés par le stress et disparaissent durant le sommeil. Les tics moteurs simples banals comportent le clignement des yeux, les mouvements brusques du cou, les haussements d'épaules et les grimaces. Les tics vocaux simples banals comportent le raclement de gorge, l'« aboiement », le reniflement et le sifflement. Les tics moteurs complexes banals concernent le fait de se frapper, de sauter et de sautiller. Les tics vocaux complexes banals complexes comprennent la répétition de mots particuliers avec parfois emploi de mots socialement réprouvés, souvent obscènes (coprolalie) et la répétition de ses propres sons ou mots (palilalie).

F95.0 Tic transitoire

Tic répondant aux critères généraux d'un tic, mais ne persistant pas plus de douze mois. Il s'agit habituellement d'un clignement des yeux, de mimiques faciales ou de mouvements brusques de la tête.

F95.1 Tic moteur ou vocal chronique

Tic répondant aux critères généraux d'un tic, caractérisé par la présence soit de tics moteurs soit de tics vocaux, mais pas des deux à la fois. Il peut s'agir d'un tic isolé ou, plus fréquemment, de tics multiples, persistant pendant plus d'un an.

F95.2 Forme associant tics vocaux et tics moteurs [Syndrome de Gilles de la Tourette]

Trouble caractérisé à un moment quelconque au cours de la maladie, mais pas nécessairement de façon simultanée, par des tics moteurs multiples et par un ou plusieurs tics vocaux. Le trouble s'aggrave habituellement pendant l'adolescence et persiste souvent à l'âge adulte. Les tics vocaux sont souvent multiples, avec des vocalisations, des raclements de gorge, des grognements explosifs et répétés, et parfois une émission de mots ou de phrases obscènes associés, dans certains cas, à une échopraxie gestuelle pouvant également être obscène (copropraxie).

F95.8 Autre tic**F95.9 Tic, sans précision**

F98 Autres troubles du comportement et troubles émotionnels apparaissant habituellement durant l'enfance et l'adolescence

Groupe hétérogène de troubles qui ont en commun la caractéristique d'un début dans l'enfance, mais qui diffèrent par ailleurs sur de nombreux points. Certains constituent des syndromes nettement définis, alors que d'autres ne sont que de simples associations de symptômes ; ces derniers doivent toutefois être répertoriés, d'une part en raison de leur fréquence et de leur association avec une altération du fonctionnement psychosocial, d'autre part parce qu'ils ne peuvent pas être inclus dans d'autres syndromes.

À l'exclusion de : spasme du sanglot (R06.8)
syndrome de Kleine-Levin (G47.8)
trouble(s) (de) :

- identité sexuelle de l'enfance (F64.2)
- obsessionnel-compulsif (F42.-)
- sommeil dus à des causes émotionnelles (F51.-)

F98.0 Énurésie non organique

Trouble caractérisé par une miction involontaire, diurne et nocturne, anormale compte tenu de l'âge mental de l'enfant et qui n'est pas lié à un trouble du contrôle vésical d'origine neurologique, à des crises épileptiques ou à une anomalie organique de l'arbre urinaire. L'énurésie peut exister de façon continue depuis l'enfance ou être précédée d'une période de contrôle de la fonction vésicale. Elle peut s'accompagner d'un trouble plus global des émotions ou du comportement.

Énurésie :

- fonctionnelle
- (primaire) (secondaire) d'origine non organique
- psychogène

Incontinence urinaire d'origine non organique

À l'exclusion de : énurésie SAI (R32)

F98.00 Énurésie non organique uniquement nocturne

F98.01 Énurésie non organique uniquement diurne

F98.02 Énurésie non organique nocturne et diurne

F98.1 Encoprésie non organique

Trouble caractérisé par une émission fécale répétée, involontaire ou volontaire, habituellement de consistance normale ou quasinormale, dans des lieux inappropriés à cet usage, compte tenu du contexte socioculturel du sujet. Il peut s'agir de la persistance anormale de l'incontinence infantile physiologique ou de la perte du contrôle sphinctérien survenant après une période de continence fécale, ou encore d'une émission fécale délibérée dans des lieux non appropriés en dépit d'un contrôle sphinctérien normal. L'encoprésie peut constituer un trouble isolé, monosymptomatique, ou faire partie d'un autre trouble, en particulier un trouble émotionnel (F93.-) ou un trouble des conduites (F91.-).

Encoprésie :

- fonctionnelle
- psychogène

Incontinence fécale d'origine non organique

Utiliser, au besoin, un code supplémentaire pour identifier la cause d'une constipation associée.

À l'exclusion de : encoprésie SAI (R15)

F98.10 Encoprésie non organique par échec de l'acquisition de la maîtrise sphinctérienne

F98.11 Encoprésie non organique avec contrôle sphinctérien adéquat et émission de selles normales dans des endroits inappropriés

F98.12 Encoprésie non organique avec souillure associée à des selles trop liquides
Encoprésie par débordement secondaire à une rétention fécale

F98.2 Trouble de l'alimentation du nourrisson et de l'enfant

Trouble de l'alimentation caractérisé par des manifestations variées, habituellement spécifiques de la première et de la deuxième enfance. Il implique en général un refus alimentaire et des caprices alimentaires excessifs alors que la nourriture est appropriée, que l'entourage est adéquat et qu'il n'y a pas de maladie organique. Le trouble peut s'accompagner d'une rumination (d'une régurgitation répétée de nourriture non accompagnée de nausées ou d'une maladie gastro-intestinale).

Mérycisme de l'enfance

À l'exclusion de : anorexie mentale et autres troubles de l'alimentation (F50.-)
difficultés nutritionnelles et nutrition inadaptée (R63.3)
pica du nourrisson et de l'enfant (F98.3)
problèmes alimentaires du nouveau-né (P92.-)

F98.3 Pica du nourrisson et de l'enfant

Trouble caractérisé par la consommation persistante de substances non nutritives (par exemple, de la terre, des bouts de peinture, etc.). Il peut faire partie d'un trouble psychiatrique plus global (tel un autisme) ou constituer un comportement psychopathologique relativement isolé. C'est seulement dans ce dernier cas que l'on fait le diagnostic de pica. Ce comportement s'observe surtout chez des enfants présentant un retard mental ; dans ce dernier cas, le retard mental doit constituer le diagnostic principal (F70–F79).

F98.4 Mouvements stéréotypés

Trouble caractérisé par des mouvements intentionnels, répétitifs, stéréotypés, dépourvus de finalité (et souvent rythmés), non lié à un trouble psychiatrique ou neurologique identifié. Lorsque ces mouvements surviennent dans le cadre d'un autre trouble, seul ce dernier doit être noté. Ces mouvements peuvent ne pas avoir de composante automutilatrice ; ils comprennent : un balancement du corps, un balancement de la tête, le fait de s'arracher les cheveux, de se tordre les cheveux, de claquer des doigts et de battre des mains. Les comportements stéréotypés automutilateurs comprennent : le fait de se cogner la tête, de se gifler, de se mettre le doigt dans l'œil, de se mordre les mains, les lèvres ou d'autres parties du corps. L'ensemble de ces mouvements stéréotypés surviennent le plus souvent chez des enfants présentant un retard mental (dans ce cas, les deux diagnostics doivent être notés). Quand le fait de s'enfoncer le doigt dans l'œil survient chez un enfant présentant un déficit visuel, les deux diagnostics doivent être notés : le premier dans cette sous-catégorie et le deuxième à l'aide du code somatique approprié.

Stéréotypies/comportements répétitifs

À l'exclusion de : mouvements involontaires anormaux (R25.–)
se mettre les doigts dans le nez (F98.8)
onychophagie (F98.8)
stéréotypies faisant partie d'un trouble
psychiatrique identifié (F00–F95)
suction du pouce (F98.8)
tics (F95.–)
trichotillomanie (F63.3)
troubles de la motricité d'origine organique
(G20–G25)

F98.40 Mouvements stéréotypés sans automutilation

F98.41 Mouvements stéréotypés avec automutilations

F98.42 Mouvements stéréotypés mixtes

F98.5 Bégaiement

Le bégaiement est caractérisé par des répétitions ou des prolongations fréquentes de sons, de syllabes ou de mots, ou par des hésitations ou des pauses fréquentes perturbant la fluence verbale. On ne parlera de trouble que si l'intensité de la perturbation gêne de façon marquée la fluence verbale.

À l'exclusion de : bredouillement [langage précipité] (F98.6)
tics (F95.-)

F98.6 Bredouillement [Langage précipité]

Le langage précipité est caractérisé par un débit verbal anormalement rapide et un rythme irrégulier, mais sans répétition ou hésitation, suffisamment intense pour entraver l'intelligibilité. Le langage est irrégulier et mal rythmé, consistant en des émissions verbales rapides et saccadées avec, habituellement, des formes syntaxiques erronées.

À l'exclusion de : bégaiement (F98.5)
tics (F95.-)

F98.8 Autres troubles précisés du comportement et troubles émotionnels apparaissant habituellement durant l'enfance et l'adolescence

Masturbation excessive
Onychophagie
Se mettre les doigts dans le nez
Sucer son pouce
Trouble de l'attention sans hyperactivité

F98.9 Trouble du comportement et trouble émotionnel apparaissant habituellement durant l'enfance et l'adolescence, sans précision

Trouble mental, sans précision
(F99)

F99 Trouble mental, sans autre indication

Maladie mentale SAI

À l'exclusion de : trouble mental organique SAI (F06.9)