

CLASSIFICATION FRANCAISE DES TROUBLES MENTAUX DE L'ENFANT ET DE L'ADOLESCENT - CFTMEA R-2000

Nouvelle version de la Classification Française des Troubles Mentaux de l'Enfant et de l'Adolescent

*R. Misès, N. Quemada, M. Botbol, Cl. Bursztejn, B. Durand, J. Garrabé,
B. Golse, Ph. Jeammet, A. Plantade, Ch. Portelli, J.P. Thevenot*

La CFTMEA 2000 représente la quatrième révision de la Classification Française : sans modifier ni les principes ni les modes d'utilisation de l'édition précédente, les auteurs ont introduit des innovations qui concernent plusieurs chapitres de l'axe I ainsi que les équivalences avec la CIM 10 ; enfin apparaît *un axe I bébé (0-3 ans)*.

Les catégories de l'axe II restent, elles, inchangées, tant pour les facteurs organiques que pour les facteurs d'environnement.

A. Les principales révisions de l'axe I général

Le chapitre 1 "Autisme et Psychoses"

1°). Pour la sous-catégorie 1.0 "Psychoses précoces", apparaît la dénomination conjointe "Troubles envahissants du développement" : l'introduction de cette terminologie est justifiée car, dans l'ensemble, c'est bien la même problématique qui se trouve couverte par les deux termes ; cependant, ceci n'inclut pas une adhésion des pédopsychiatres français aux théories étiologiques réductrices qui ont fait rejeter le concept de psychose, tant par le DSM que par la CIM 10.

Dans ce groupe des "Psychoses précoces Troubles envahissants du développement", à côté des catégories antérieurement mentionnées, ont été introduits "le Syndrome d'Asperger" (1.03) et les "Troubles désintégratifs de l'enfance" (1.05).

2°) La sous-catégorie 1.1 "Schizophrénie" est considérablement augmentée, afin de faire place aux modes actuels de classement de ces troubles à l'adolescence.

3°) La sous-catégorie 1.3 "Troubles délirants" est clairement distinguée des troubles schizophréniques de l'adolescence.

4°) La sous-catégorie 1.4 regroupe les "Troubles psychotiques aigus"

5°). Enfin "les Troubles thymiques" (1.4), bien que n'appartenant pas strictement au registre psychotique, apparaissent ici afin de classer les cas où, par leur sévérité et leur massivité, les perturbations thymiques viennent obérer temporairement le rapport au réel, tout en s'associant souvent, en cours d'adolescence, à des manifestations psychotiques avérées. Sur ces bases, sont détaillées diverses formes cliniques, déjà utilisées par la CIM 10, qui concernent les épisodes maniaques ou dépressifs.

Le chapitre 2 "Troubles névrotiques"

Il reste inchangé.

Le chapitre 3

Antérieurement dénommé "Troubles de la personnalité et troubles évolutifs hors névrose et psychose", s'intitule désormais "**Pathologies limites**". Ceci répond à la tendance, de plus en plus affirmée, qui vise à réunir dans ce cadre élargi, sur des critères cliniques et psychopathologiques clairement définis, les organisations qui trouvent place entre les troubles névrotiques et les psychoses.

A côté des expressions cliniques, déjà reconnues antérieurement, à type de "Dysharmonies évolutives" (3.0) ou de "Pathologies limites avec dominance des troubles de la personnalité" (3.1), apparaissent deux nouvelles catégories, l'une à "dominante schizotypique" (3.2), l'autre à "dominante comportementale" : le clinicien est appelé à classer dans cette dernière sous-catégorie les troubles des conduites qui sont sous-tendus par des organisations limites.

Le chapitre 4 "Troubles réactionnels"

Il garde son intitulé, mais il se voit augmenté d'une sous-catégorie "Syndrome de stress post-traumatique" de façon à inclure des manifestations qui ont suscité de nombreux travaux au cours des dernières années, sous la référence au stress.

Le chapitre 5 "Déficiences mentales"

Il reste inchangé.

Le chapitre 6

Antérieurement "Troubles des fonctions instrumentales et des apprentissages", il devient "**Troubles du développement et des fonctions instrumentales**". Plus complet que dans l'édition précédente, il est divisé en trois grandes sous-catégories :

- "Troubles de la parole et du langage",
- "Troubles cognitifs et des acquisitions scolaires",
- "Troubles psychomoteurs", d'où l'instabilité se trouve exclue, pour être classée au chapitre suivant qui regroupe des manifestations à dominante comportementale.

Le chapitre 7

Antérieurement "Troubles liés à l'usage de drogue et d'alcool", a été totalement remanié ; il devient une grande catégorie des "**Troubles des conduites et des comportements**".

Certaines de ces manifestations constituent des syndromes d'individualisation récente, décrits en particulier aux âges extrêmes, chez le très jeune enfant et chez l'adolescent. La Classification Française prend donc ici en compte les orientations symptomatiques et comportementales, mais elle oblige, en même temps, le clinicien à s'interroger sur la signification de ces troubles. Plutôt que d'en, faire, trop vite, des entités dotées d'une entière autonomie et individualisées, exclusivement, sur les manifestations extérieures, il convient, en effet, par une étude clinique et psychopathologique élargie, de rechercher, en premier, la présence d'une pathologie sous-jacente qui commanderait, prioritairement, la classification du sujet dans l'une des quatre premières catégories de l'axe I : dans ce cas, le syndrome comportemental coté au chapitre 7 apparaîtra seulement au titre de catégorie complémentaire.

En dehors de cette éventualité, lorsque le syndrome comportemental suffit pour délimiter le cadre clinique, les catégories du chapitre 7 sont utilisées comme catégorie principale.

Ces cadres concernent des domaines très diversifiés:

- "Troubles hyperkinétiques" (7.0), où l'instabilité trouve sa place.
- "Troubles des conduites alimentaires" (7.1) où des précisions sont apportées sur les anorexies atypiques, les boulimies atypiques, les troubles des conduites alimentaires du nouveau-né, du nourrisson, de l'enfant.
- "Tentatives de suicide" (7.2).
- "Troubles liés à l'usage de drogue et d'alcool" (7.3).
- "Troubles de l'angoisse de séparation" (7.4).
- "Troubles de l'identité et des conduites sexuelles" (7.5) ; dans ce cadre sont différenciés les troubles de l'identité sexuelle, les troubles de la préférence sexuelle et d'autres manifestations de la même série.
- "Phobies scolaires" (7.6). - Autres troubles caractérisés des conduites (7.7) ; sous ce titre, se trouvent classés divers comportements dont la signification reste incertaine.

Le chapitre 8

Antérieurement "Troubles à expression somatique et comportementale" se réduit désormais aux "**Troubles à expression somatique**".

On retrouve ici les "Affections psychosomatiques" (8.0), les "Troubles psychofonctionnels" (8.1), le "Trouble hypocondriaque" (8.2), l' "Enurésie" (8.3), l' "Encoprésie" (8.4), les "Troubles du sommeil" (8.5), le "Retard de croissance" (8.6).

Le chapitre 9 "Variations de la normale"

Il reste inchangé.

B. Les correspondances avec la CIM 10

Un tableau d'équivalence entre CFTMEA et CIM 10 figurait, en annexe, dans la précédente édition ; désormais, sous une perspective plus ambitieuse, figure, dans le cadre même du glossaire et pour chaque sous-catégorie de la Classification Française.

Le souci ainsi exprimé de renforcer les correspondances entre les deux classifications trouve naturellement ses limites dans les particularités de chacune d'entre elles. Ainsi, la Classification Française propose des catégories mutuellement exclusives qui sont définies sur des critères qui permettent de différencier "Psychoses" (1), "Troubles Névrotiques" (2), "Pathologies limites" (3), "Troubles réactionnels" (4), "Variations de la normale" (9) : la CIM 10, est éloignée de ce mode de repérage, elle va même, on le sait, jusqu'à récuser les références à la psychose et à la névrose. D'un autre côté, la Classification Internationale envisage "les Dépressions" sous une perspective unitaire qui néglige les aspects propres aux différents âges ; à l'inverse, la Classification Française met en valeur les aspects différentiels entre les diverses formes de la dépression de l'enfant qui sont catégorisées à travers l'opposition entre "dépressions psychotiques", "dépressions névrotiques", "dépressions liées aux pathologies limites", "dépressions réactionnelles", "moments dépressifs liés aux variations de la normale".

Ces écarts d'ordre conceptuel ont conduit à des résultats inégaux dans les tentatives de mise en relation des deux classifications : l'adaptation est très bonne pour certaines catégories et sous-catégories ; avec d'autres, il a fallu s'en tenir à des correspondances plus approximatives.

En dépit des imperfections, les progrès réalisés sont appréciables par rapport à l'édition précédente. On peut espérer que l'Organisation Mondiale de la Santé s'efforcera, à son tour, de faciliter les rapprochements, au moment où elle entreprendra la révision de la CIM 10 : ceci serait justifié par l'audience qu'a acquise la CFTMEA, au-delà même des pays francophones.

C. L'axe I bébé (0-3 ans)

De nombreuses situations concernant le très jeune enfant sont déjà répertoriées dans les différents chapitres de la classification générale, cependant les développements récents de la psychiatrie du bébé ont justifié la création d'une section spécifique. Le clinicien y trouvera un appui pour le classement de troubles qui ne trouvent pas leur place au sein de l'axe général. Parmi les repères ainsi proposés figurent les catégories suivantes.

B1 - Bébés à risque de troubles sévères du développement

Sont concernés de très jeunes enfants dont le développement, marqué par des zones de vulnérabilité, apparaît susceptible de les engager dans un processus autistique ou psychotique, sans qu'on puisse encore, pour autant, affirmer un tel diagnostic. Les repères essentiels sont précisés.

B2 Les dépressions du bébé

B3 Les bébés à risque d'évolution dysharmonique

Il s'agit d'un cadre dont il reste difficile à cet âge d'affirmer la continuité avec celui des pathologies limites, réparables plus tardivement.

B4 Les états de stress

B5 L'hypermaturité et l'hyperprécocité pathologiques

B6 Les distorsions du lien

On envisage principalement ici les cas où une modalité particulière du lien devient prévalente et imprègne la relation adulte-enfant, sous une forme qui tend à se figer sous des aspects inquiétants.

D'autres catégories sont mentionnées pour lesquelles le clinicien est appelé à se reporter à l'axe I général ; il en va de même pour les rubriques de l'axe II.

© http://psydoc-fr.broca.inserm.fr:16080/biblo_bd/cftmea/CFTMEAintro.html

Axe I : CATEGORIES CLINIQUES

1. Autisme et Troubles psychotiques

On classera ici des troubles autistiques et psychotiques avérés chez l'enfant et l'adolescent. Bien que n'appartenant pas strictement au registre psychotique, on y fera figurer également des troubles thymiques de l'adolescent, dont la sévérité et la massivité obèrent temporairement le rapport au réel.

1.0 Psychoses Précoces (Troubles envahissants du développement)

1.00 Autisme infantile précoce - type Kanner

1° Début généralement au cours de la première année avec présence des manifestations caractéristiques avant l'âge de 3 ans.

2° Association de :

- troubles majeurs de l'établissement des relations interpersonnelles et des relations sociales.
- altération qualitative de la communication (absence de langage, troubles spécifiques du langage, déficit et altération de la communication non verbale).

- comportements répétitifs et stéréotypés avec souvent stéréotypies gestuelles ; intérêts et jeux restreints et stéréotypés.
- recherche de l'immutabilité (constance de l'environnement)
- troubles cognitifs

Exclure :

- les autres psychoses de l'enfant
- les déficiences intellectuelles dysharmoniques
- les démences
- les troubles complexes du langage oral

Correspondance CIM 10 : F 84.0 - autisme infantile

1.01 Autres formes de l'autisme :

Syndrome autistique incomplet ou d'apparition retardée après l'âge de 3 ans

Inclure : certaines psychoses de type symbiotique avec traits autistiques.

Exclure :

- les autres psychoses de l'enfant
- les déficiences intellectuelles dysharmoniques
- les démences
- les troubles complexes du langage oral

Correspondance CIM 10 : F 84.1 - autisme atypique

1.02 Psychose précoce déficitaire. Retard mental avec troubles autistiques ou psychotiques

Intrication d'un retard mental sévère, et d'emblée présent, avec des traits autistiques ou psychotiques, notamment des accès d'angoisse psychotique associés à des régressions et à des comportements auto-agressifs.

Ces signes témoignent de l'existence d'un noyau psychotique, dont l'expression peut varier avec l'âge (des phénomènes dissociatifs ou des épisodes de délires peuvent survenir aux alentours de la puberté).

C'est le caractère massif et la survenue d'emblée, qui justifie l'individualisation de ces formes de psychoses, sachant que par ailleurs, dans la plupart des cas d'autisme ou d'autres psychoses de l'enfant coexistent habituellement un retard mental ou des troubles cognitifs.

Inclure :

- psychose à expression déficitaire
- débilité évolutive

Exclure :

- les autres psychoses de l'enfant
- les déficiences dysharmoniques

Correspondance CIM 10 : F 84.1 - autisme atypique

F 84.8 - autres troubles envahissants du développement

1.03 Syndrome d'Asperger

Présence d'un syndrome autistique sans retard du développement cognitif et surtout du développement du langage. L'autonomie de ce syndrome par rapport à l'autisme infantile, et notamment aux formes d'autisme dites "de haut niveau" est discutée. C'est notamment dans de tels cas qu'ont été décrites des capacités particulières dans certains domaines (mémoire, calcul, etc...), isolées de l'ensemble du fonctionnement psychique.

Inclure : Psychopathie autistique

Correspondance CIM 10 : F 84.5 - syndrome d'Asperger

1.04 Dysharmonies psychotiques

Classer ici les formes présentant les caractéristiques suivantes :

1° leur expression est manifeste à partir de l'âge de 3 à 4 ans ;

2° la symptomatologie varie d'un cas à l'autre et pour le même enfant, elle se modifie en cours d'évolution. On rencontre, parmi les motifs de consultation, les manifestations somatiques ou comportementales, l'instabilité, les inhibitions sévères, les manifestations phobiques, hystériques ou obsessionnelles, les dysharmonies dans l'émergence du langage et de la psychomotricité sans que le déficit intellectuel mesuré aux tests occupe une place centrale, au moins dans la période initiale. Les échecs dans les essais de scolarisation sont fréquents (phobies scolaires, difficultés d'apprentissage).

3° Derrière cette symptomatologie variable, les traits et mécanismes de la série psychotique constituent un élément commun :

- (SIGMA) menace de rupture avec le réel, absence ou mauvaise organisation du sentiment de soi et des rapports avec la réalité ;
- (SIGMA) tendance au débordement de la pensée par des affects et des représentations d'une extrême crudité ;
- (SIGMA) les angoisses sont de divers types : angoisses de néantisation, angoisses dépressives et de séparation, parfois attaques de panique ;
- (SIGMA) dominante d'une relation duelle avec incapacité d'accès aux conflits et aux modes d'identification les plus évolués;
- (SIGMA) prédominance de positions et d'intérêts très primitifs.

4° En dépit de ces traits et mécanismes propres à la psychose, les capacités d'adaptation et de contrôle assurent souvent une protection contre les risques de désorganisation. Ainsi, les modes d'expression pathologique peuvent être limités à certains domaines ou ne se manifester ouvertement que dans certaines phases évolutives. Cette adaptation repose toutefois sur la mise en oeuvre de modalités contraignantes impliquant des restrictions notables dans les échanges avec autrui.

Inclure, lorsqu'ils répondent aux critères précédents :

- les prépsychoses ;
- les parapsychoses ;
- les dysharmonies évolutives de structure psychotique ;
- les psychoses pseudo-névrotiques ;
- les psychoses pseudo-caractérielles ;
- le syndrome dit de l'enfant atypique ;
- les psychoses de type symbiotique ;
- les "Multiplex Developmental Disorders" (MDD).

Exclure :

- les autres sous-catégories des psychoses de l'enfant ;
- les pathologies de la personnalité (catégorie 3) ;
- les troubles névrotiques (catégorie 2).

Correspondance CIM 10: F 84.8 autres troubles envahissants du développement

Les diverses organisations citées parmi les inclusions soulèvent des problèmes diagnostiques difficiles. Ainsi, les psychoses symbiotiques décrites par M. Mahler sur des critères psychanalytiques n'entrent pas toutes dans ce cadre mais peuvent être classées également parmi les psychoses de type autistique (1.01), ou de type schizophrénique (1.04), selon les aspects cliniques dominants.

De même, les enfants dénommés par certains auteurs, atypiques ou schizoïdes, entrent assez rarement dans le cadre des psychoses, ils trouvent plutôt leur place parmi les pathologies de la personnalité (catégorie 3), les troubles névrotiques (catégorie 2), et même quelquefois parmi les variations de la normale (catégorie 9).

1.05 Troubles désintégratifs de l'enfance

Après un début de développement normal, généralement jusqu'à l'âge d'au moins 2 ans, survenue d'une perte manifeste des acquisitions cognitives et psychomotrices accompagnée de l'apparition d'éléments plus ou moins complets, plus ou moins caractéristiques du syndrome autistique.

Un cas particulier est le syndrome de Rett dans lequel l'arrêt du développement psychomoteur est précoce, entre 5 et 30 mois, avec une diminution de la croissance crânienne et de symptômes caractéristiques : la perte de l'usage fonctionnel et intentionnel des mains ainsi que des mouvements stéréotypés des mains à type de torsion ou de lavage. Par la suite se manifestent des troubles de la marche et du tonus du tronc ainsi qu'un retard psychomoteur sévère.

Inclure :

- démence

Exclure :

- autisme infantile
- autres psychoses précoces ou troubles envahissants du développement
- aphasie acquise avec \u233épilepsie (syndrome de Landau-Kleffner)
- mutisme électif
- schizophrénie

Correspondance CIM 10 : F 84.3 - autres troubles désintégratifs de l'enfance

F 84.2 - syndrome de Rett

1.08 Autres psychoses précoces ou autres troubles envahissants du développement

Correspondance CIM 10 : F 84.8 autres troubles envahissants du développement

1.09 Psychoses précoces ou troubles envahissants du développement non spécifiés

Correspondance CIM 10 : F84.9 trouble envahissant du développement, sans précision

1.1 Schizophrénies

1.10 Schizophrénie de l'enfant

Survenue après l'âge de 4 ou 5 ans de troubles psychotiques, se manifestant soit progressivement soit à partir d'un épisode aigu ou subaigu, et s'inscrivant dans un processus évolutif au long cours ; dans la clinique prédominant dissociation, discordance, des manifestations d'angoisse psychotique, un retrait et une désorganisation majeure de la vie mentale avec perte rapide des capacités adaptatives. Les manifestations délirantes sont moins fréquentes et plus difficiles à mettre en évidence que chez l'adulte, elles prennent la forme d'idées persécutives ou d'idées de transformation corporelle, ou encore de phobies étranges.

L'évolution se fait généralement vers la persistance de troubles schizophréniques sévères avec souvent une altération de l'efficacité intellectuelle. Ces formes de psychose peuvent aussi constituer un mode d'évolution d'une psychose précoce (certains cas d'autisme ou de dysharmonie psychotique notamment).

Correspondance CIM 10 : F 20

1.11 Troubles schizophréniques à l'adolescence

1.110 Aspects prodromiques

Ils comportent une multitude de symptômes atypiques parmi lesquels les signes dits "négatifs" de la schizophrénie sont dominants, mais sur un mode mineur qui ne permet pas d'affirmer le diagnostic de schizophrénie mais fait craindre cette évolution. Les signes les plus habituels sont une réduction de l'attention et des capacités de concentration, une baisse sensible des résultats scolaires, des désirs et des motivations, une anhédonie, un retrait social, une tendance à l'isolement, l'inversion du rythme nyctéméral, une irritabilité, des accès de violence, une pensée diffluite, un discours désaffectivisé, des idées bizarres, une mégalomanie, des pensées ou des gestes suicidaires. Aucun de ces signes n'est suffisant à lui seul. C'est leur regroupement et surtout leur accentuation régulière sur plusieurs mois, ainsi que leur association à une anxiété constante, envahissante, voire à une angoisse massive, indicible, quasi continue, qui permet de retenir ce diagnostic.

Le tableau clinique peut être dominé par des conduites anti-sociales et des irruptions violentes incontrôlables contre des biens, des personnes ou contre eux-mêmes, associées à une activité projective massive et continue et à une intolérance totale aux affects dépressifs immédiatement relayés par des passages à l'acte violents hétéro- ou auto-agressifs. Il est de plus en plus fréquent que ces tableaux cliniques s'associent à une prise de drogue ou d'alcool continue ou discontinue. L'évolution vers la schizophrénie avérée n'est pas constante.

Exclure : un syndrome dépressif sévère.

Correspondance CIM 10 :

1.111 Schizophrénie avérée

On regroupe ici l'ensemble des manifestations schizophréniques qui sont celles des tableaux classiques des schizophrénies de l'adulte.

Correspondance CIM 10 : F 20

1.2 Troubles délirants

Classer ici les troubles caractérisés essentiellement par la présence d'idées délirantes persistantes ne correspondant pas aux troubles schizophréniques.

Il s'agit habituellement d'idées délirantes uniques ou multiples de persécution, mégalo-maniaques, hypochondriaques ; de délires passionnels ou d'imagination ; de dysmorphophobies délirantes.

Correspondance CIM 10 : F22 troubles délirants persistants

1.3 Troubles psychotiques aigus

Episodes aigus ou subaigus, pouvant prendre la forme de la bouffée délirante des auteurs français (survenue brutale de manifestations délirantes polymorphes, par leurs thèmes et leurs mécanismes hallucinations, interprétations, intuitions), ou de la schizophrénie aiguë des auteurs anglo-saxons, d'autres aspects cliniques comportant une rupture brutale des repères usuels, un remaniement profond du vécu peuvent sobserver. Une évolution rapidement favorable est nécessaire au diagnostic.

1.30 Trouble psychotique aigu polymorphe sans symptômes schizophréniques

1.31 Trouble psychotique aigu polymorphe avec symptômes schizophréniques

1.38 Autres

Exclure:

- les formes dans lesquelles les troubles persistent au-delà de quelques semaines
- les cas dans lesquels les accès se répètent, et dans lesquels persistent des modifications de la personnalité
- les décompensations d'allure aiguë d'une psychose confirmée.

Correspondance CIM 10 : F 23 troubles psychotiques aigus et transitoires

1.4 Troubles thymiques

1.40 Psychoses dysthymiques de l'enfant

Classer ici les psychoses où les troubles de l'humeur occupent une place centrale.

Les manifestations peuvent apparaître à partir de 3, 4 ans sous la forme d'expressions symptomatiques appartenant à la dépression et à l'excitation. L'envahissement par des affects dépressifs, le repli sur soi, le ralentissement idéique, le vide de la pensée, s'associent ou alternent avec des phases d'excitation de type maniaque, des accès d'agitation ou des phénomènes de débordement idéique.

Inclure : les formes de même nature mais qui ont été décrites sous un autre dénomination :

- les psychoses affectives ;
- les troubles thymiques de structure psychotique.

Correspondance CIM 10 : F 25; F 30 à 39 sans leur être entièrement assimilables

1.41 Troubles thymiques de l'adolescent

Les troubles de l'humeur, ("troubles affectifs") inaugurant ou non des troubles maniaco-dépressifs uni ou bipolaires peuvent survenir dès l'adolescence. Ils sont de mieux en mieux reconnus même sous une symptomatologie atypique. Bien que n'appartenant pas strictement au registre psychotique, nous classons dans cette rubrique les troubles thymiques dont la sévérité et la massivité obèrent temporairement le rapport au réel. Ils s'associent fréquemment, surtout à cet âge, à des manifestations psychotiques. Il nous paraît plus satisfaisant, à l'heure actuelle, de privilégier les troubles de l'humeur sur les symptômes psychotiques. Cela nous a conduit à classer ici les troubles schizo-affectifs, à l'exception des cas où la symptomatologie schizophrénique laisse très au second plan les troubles affectifs et les fait classer en schizophrénie avérée.

Exclure : les états dépressifs survenant dans un contexte névrotique, de pathologie de la personnalité ou de troubles réactionnels.

- 1.410 Episode maniaque
- 1.4100 Episode maniaque actuel s'inscrivant dans un trouble affectif bipolaire
- 1.4101 Manie sans symptômes psychotiques
- 1.4102 Manie avec symptômes psychotiques
- 1.4103 Etat mixte
- 1.4104 Hypomanie

Inclure : certains états schizo-affectifs

Correspondance CIM 10 : F25 (en partie) ; F 30 ; F31.0 à F31.2 ; F31.6 ; sans leur être entièrement assimilables

- 1.411 Episode dépressif
- 1.4110 Episode dépressif actuel s'inscrivant dans un trouble affectif bipolaire
- 1.4111 Episode dépressif sévère sans dimension mélancolique manifeste
- 1.4112 Episode dépressif sévère sans dimension mélancolique manifeste, avec symptômes psychotiques
- 1.4113 Episode dépressif sévère avec dimension mélancolique
- 1.4114 Episode dépressif sévère avec mélancolie délirante

Inclure : certains états schizo-affectifs

Correspondance CIM 10 : F25 (en partie) ; F31.3 à F31.5 ; F32.2 et .3 ; F33.2 et .3 sans leur être entièrement assimilables

1.5 Etats dépressifs après épisode psychotique

Episode dépressif survenant au décours d'un épisode psychotique le plus souvent aigu, ou classé dans le registre de la schizophrénie. Il est difficile de savoir dans ces troubles dépressifs ce qui relève du registre psychotique, dont les symptômes les plus manifestes ont disparu, de l'effet des neuroleptiques, d'une réaction psychologique à la maladie ou d'un état dépressif spécifique.

Correspondance CIM 10 : F20.4 dépression post-traumatique

1.8 Autres Troubles Psychotiques

Correspondance CIM 10 : F28 autres troubles psychotiques non organiques

1.9 Troubles Psychotiques non spécifiés

Correspondance CIM 10 : F29 psychose non organique, sans précision

2. Troubles névrotiques

Classer ici des troubles variables dans leur expression et leur intensité, mais qui ont en commun les éléments suivants, observables à partir de 3 ans, quelles que soient les hypothèses étiopathogéniques :

(SIGMA) il s'agit de perturbations durables sans tendance spontanée à la guérison, non explicables par les événements récents mis souvent en avant par l'entourage de l'enfant et qui constituent surtout des facteurs déclenchants.

(SIGMA) les relations avec l'environnement s'établissent sous le double signe de la contrainte et de la dépendance mais sans aboutir à un dessaisissement complet des capacités d'individuation et d'autonomie (se discutent ici les limites vis-à-vis des pathologies de la personnalité non psychotiques, catégorie 3).

(SIGMA) l'enfant tend à répéter, dans un environnement nouveau, les conduites et les conflits développés initialement dans le milieu familial.

(SIGMA) la souffrance psychique - particulièrement l'angoisse sous la forme pure ou sous d'autres aspects -

occupe une place centrale, y compris pour les cas où certains mécanismes limitent les expressions directes du malaise affectif de fond.

(SIGMA) quelles que soient les variations symptomatiques, fréquentes, l'évolution inclut une restriction des capacités et potentialités des sujets, mais sur un mode limité à certains secteurs.

(SIGMA) les distorsions apportées à la mise à l'épreuve de la réalité restent limitées à certains domaines : il n'y a pas menace de rupture ni véritable perte de contact avec le réel (on discutera ici les frontières vis-à-vis de la psychose et des pathologies de la personnalités).

Les sous-catégories proposées ici constituent des regroupements syndromiques qui ne s'excluent pas toujours les uns les autres, surtout dans une perspective diachronique, c'est pourquoi la possibilité de retenir 2 sous-catégories est autorisée dans les formes comportant l'intrication de plusieurs aspects syndromiques.

2.0 Troubles névrotiques à dominante anxieuse

Classer ici lorsqu'elles répondent aux critères ci-dessus les manifestations névrotiques pour lesquelles l'expression symptomatique se fait essentiellement sur le mode de l'angoisse, que celle-ci revête la forme de manifestations aiguës ou de l'anxiété diffuse, chronique ou intermittente.

Inclure :

- états anxieux
- anxiété généralisée
- panique
- équivalents d'angoisse.

Exclure :

- les autres troubles névrotiques, sauf trouble associé
- les psychoses dysthymiques (1.4) et les formes limites de la psychose (1.2)
- les pathologies limites (catégorie 3)
- les variations de la normale (catégorie 9).

Correspondance CIM 10 : F41(en partie) autres troubles anxieux

2.1 Troubles névrotiques à dominante hystérique

Classer ici lorsqu'ils répondent aux critères généraux ci-dessus énoncés les troubles névrotiques dominés par les manifestations suivantes :

(SIGMA) soit des symptômes de conversion de type sensitivo-moteur, sensoriel, convulsif, etc. accompagnés le plus souvent de la classique "belle indifférence".

(SIGMA) soit des manifestations regroupées classiquement sous l'appellation de "rétrécissement du champ de conscience" et qui se caractérisent par des scotomisations massives de certains secteurs du champ perceptif, cognitif ou de la mémoire toujours significativement liés aux conflits du patient.

(SIGMA) soit des comportements et modalités relationnelles dominés par le théâtralisme, la mise en scène et le faire-valoir, associés à une grande vulnérabilité à l'appréciation d'autrui, une dépendance et une quête affective, une propension aux réponses dépressives et à la mythomanie.

Inclure :

- le syndrome de Briquet (on regroupe sous cette entité les cas essentiellement féminins où l'on rencontre à leur maximum la surconsommation médico-chirurgicale et un handicap chronique constitué par des plaintes somatiques ou des manifestations de conversion polysymptomatiques.)
- les personnalités multiples.

Exclure :

- les autres troubles névrotiques sauf trouble associé
- les cas où des manifestations similaires s'inscrivent parmi les symptômes d'une personnalité de type abandonnique, narcissique, pervers, psychopathique... à classer en catégorie 3
- les formes à expression hystérique de la psychose à classer en 1.04.

Correspondance CIM 10 : F44 troubles dissociatifs de conversion, F48.8 (en partie)

2.2 Troubles névrotiques à dominante phobique

Classer ici lorsqu'ils répondent aux critères généraux ci-dessus énoncés les traits et les mécanismes appartenant au registre phobique avec les symptômes caractéristiques notamment : les crises d'angoisse et les comportements de fuite devant un élément phobogène. Nombre d'attaques de panique entrent dans ce cadre.

Inclure :

- les dysmorphophobies quand elles répondent aux critères de la névrose, sinon discuter les limites avec les pathologies de la personnalité.
- les phobies d'impulsion quand le registre hystéro-phobique est dominant.

Exclure :

- les autres troubles névrotiques sauf trouble associé
- les phobies appartenant à la psychose (1.04) ou à une pathologie limite (catégorie 3.).

Correspondance CIM 10 : F40 troubles anxieux phobiques, F93.1 trouble anxieux phobique de l'enfance

2.3 Troubles névrotiques à dominante obsessionnelle

Classer ici lorsqu'ils répondent aux critères généraux ci-dessus énoncés les traits et mécanismes appartenant au registre obsessionnel comportant notamment :

- soit des symptômes dominés par l'activité compulsive, qu'elle porte sur les idées obsédantes et/ou les rituels conjuratoires;
- soit des comportements et modalités relationnelles dominés par l'hésitation, le doute, le besoin de vérification, l'ambivalence, l'alternance de rapprochers et de mises à distance des personnes investies; les traits de caractère dits anaux : ordre, entêtement, avarice; les formations réactionnelles : scrupulosité, pitié, obséquiosité, manie de la propreté...

Inclure :

- les compulsions, les gestes conjuratoires, les tics, les ruminations mentales chez l'adolescent;
- les phobies d'impulsion pour lesquelles les composantes compulsives sont dominantes

Exclure :

- les autres troubles névrotiques sauf trouble associé
- les pathologies de la personnalité (catégorie 3)
- les tics isolés, la maladie de Gilles de la Tourette (catégorie 6)
- les obsessions appartenant à la psychose (1.03)
- les variations de la normale (catégorie 9).

Correspondance CIM 10 : F42 trouble obsessionnel-compulsif

2.4 Troubles névrotiques avec prédominance des inhibitions

Classer ici lorsqu'ils répondent aux critères généraux ci-dessus énoncés les cas dominés par une inhibition durable dans le domaine des apprentissages et des acquisitions intellectuelles avec réduction des activités, défaut d'utilisation des potentialités. Outre l'inhibition, le déroulement des activités est marqué par l'absence de plaisir, le sentiment de doute et d'incapacité.

Exclure :

- la dépression sous toutes ses formes

- les formes marginales de la psychose
- les variations de la normale.

Correspondance CIM 10 :

2.5 Dépression névrotique

Classer ici lorsqu'ils répondent aux critères généraux ci-dessus énoncés les troubles névrotiques où le syndrome dépressif domine le tableau clinique dans un contexte marqué par la continuité avec la personnalité antérieure. Ce diagnostic reflète un état actuel, il est éminemment variable avec le temps.

Inclure :

- névrose dépressive.

Exclure :

- les dépressions réactionnelles (4.0)
- les dépressions appartenant au registre psychotique (catégorie 1)
- les états dépressifs appartenant à une pathologie limite (3.3)
- les variations de la normale (9.1).

Vis à vis de la CIM 10, les dépressions névrotiques répondent dans l'ensemble aux catégories F32 et F33, sans que l'on puisse pousser plus loin la différenciation aux niveaux des sous-catégories.

2.6 Caractères névrotiques, pathologies névrotiques de la personnalité

Classer ici les cas dont le comportement, la relation à la réalité, la vie relationnelle, appartiennent au registre névrotique précédemment défini, mais dont les traits névrotiques sont déjà fixés dans des attitudes de caractère peu mobilisables, entraînant peu de souffrance et d'angoisse. Les manifestations sont présentées comme des données de fait ou des états imposés par la réalité. Ces traits peuvent apparaître dans les comportements sado-masochistes par exemple ou se manifester par des composantes hystériques, phobiques ou obsessionnelles à dominante ego-syntonique.

Inclure :

- névrose de destinée
- névrose d'échec.

Exclure :

- les autres troubles névrotiques
- les variations de la normale (catégorie 9)
- les dysharmonies psychotiques (1.04)
- les pathologies limites (catégorie 3).

Concordance avec la CIM10 : F60.9 trouble de la personnalité, sans précision

2.7 Troubles névrotiques avec perturbations prédominantes des fonctions instrumentales

Classer ici lorsqu'ils répondent aux critères ci-dessus les cas où prédominent les perturbations des fonctions instrumentales : maladrotes psycho-motrices, troubles du langage, défauts d'apprentissage, troubles de la pensée et du raisonnement chez des enfants intelligents.

Les conflits sont à la fois déplacés sur les symptômes et masqués par eux, mais ils demeurent repérables dans ce que l'enfant ou l'adolescent en laisse filtrer dans son discours lors des entretiens, dans les circonstances d'apparition des troubles, dans les variations des relations avec cet entourage susceptibles d'en modifier le cours, enfin dans la propension à répéter ces conflits dans les relations nouvelles, notamment thérapeutiques.

Inclure :

- dysharmonies névrotiques.

Exclure :

- les autres troubles névrotiques sauf trouble associé
- les dysharmonies psychotiques (1.04)
- les troubles isolés des fonctions instrumentales (catégorie 6)
- les pathologies limites (catégorie 3).

Concordance avec la CIM10

2.8 Autres

Correspondance CIM 10 :

2.9 Non spécifiés

Correspondance CIM 10 : F48.9 trouble névrotique, sans précision

3. Pathologies limites

Les pathologies limites de l'enfant s'expriment à travers des manifestations très diversifiées, variables d'un cas à l'autre et qui peuvent se modifier dans le cours de l'évolution.

Au point de vue clinique et psychopathologique, on relève les éléments suivants :

- des défauts précoces d'étayage doù résultent des failles et des distorsions dans l'organisation de la vie mentale ; cependant l'enfant met en oeuvre des capacités adaptatives notables, en s'appuyant sur des fonctionnements en faux-self.
- des défaillances portant sur l'abord du champ transitionnel et sur les supports de la pensée : en découle une dominance des expressions par le corps et par les agirs.
- des atteintes portées au travail de séparation et à l'élaboration de la position dépressive : elles ne permettent pas l'intégration des angoisses dépressives ; elles entraînent une extrême vulnérabilité à la perte d'objet ; néanmoins l'enfant accède à une différenciation soi - non soi où se marque l'écart vis-à-vis des psychoses.
- des failles narcissiques constantes : elles peuvent inclure une représentation de soi inacceptable, au point de porter atteinte au sentiment d'identité ; à titre défensif, l'enfant est souvent conduit à développer des réactions de prestance qui mènent à des affrontements répétitifs avec le milieu.

En dépit de ces composantes péjoratives, des ouvertures de type névrotique se dessinent, mais sans permettre un véritable affrontement aux conflits de désir et d'identification. En résulte une hétérogénéité structurelle, soutenue par des clivages, de sorte que, d'un côté, se développent des capacités d'adaptation, tandis que, sur un autre versant, persistent des modalités archaïques de symbolisation et de fonctionnement mental.

Les sous-catégories proposées ci-dessous constituent des regroupements syndromiques parmi les plus fréquents.

3.0 Dysharmonies évolutives

Classer ici des troubles à symptomatologie variable et dont les traits et mécanismes caractéristiques s'inscrivent dans une perturbation évolutive multi-factorielle d'instauration précoce, toujours avant six ans, qui entraîne un développement dysharmonique.

. Les troubles du langage, de la psychomotricité, des fonctions cognitives se présentent principalement comme des dysharmonies fonctionnelles en rapport avec des défauts d'investissement, des insuffisances d'apprentissage, des modes d'échanges inadaptés avec l'environnement mais ils peuvent progressivement conduire à une restriction durable des potentialités.

. Les troubles de la personnalité pris dans ce processus s'expriment principalement par l'insécurité de fond, l'immaturation, l'existence d'angoisses dépressives et de séparation liées aux difficultés d'individuation. La composante dépressive tient une place importante, qu'elle s'exprime ouvertement ou qu'elle soit recouverte par des troubles dominants des conduites.

Inclure :

- des manifestations ou des regroupements syndromiques qui peuvent apparaître, sous des formes banales ou trompeuses mais qui s'intègrent en réalité dans un processus évolutif répondant aux critères ci-dessus.

Exclure :

- les autres formes des pathologies limites
- les troubles névrotiques (catégorie 2)
- les psychoses (catégorie 1)
- les troubles des fonctions instrumentales (catégorie 6) quand ils sont bien individualisés et non liés à une perturbation évolutive de fond répondant aux critères de la dysharmonie évolutive.

Correspondance CIM 10 : les dysharmonies évolutives recourent des éléments des catégories F 93 et F 94 de la CIM 10, sans leur être entièrement assimilables

3.1 Pathologie limite avec dominance des troubles de la personnalité

Classer ici des troubles dont la symptomatologie variable d'un cas à l'autre et dans son évolution ne compromet pas toujours l'adaptation familiale, scolaire ou sociale. Les aspects psychopathologiques répondent aux critères généraux des organisations limites.

Les traits les plus caractéristiques associent :

- . la souffrance dépressive avec l'incapacité à recevoir une aide, l'avidité sans possibilité de comblement;
- . les sentiments de moindre valeur, les défauts dans la régulation de l'estime de soi ;
- . les angoisses de séparation, de perte, d'abandon, parfois des attaques de panique;
- . les retards du développement affectif, les tendances régressives, les conduites de dépendance;

Inclure :

- des troubles de type narcissique, anaclitique, schizoïde, pseudo-névrotique, abandonnique, les personnalités à faux self ;
- certaines manifestations d'anxiété, certains troubles d'allure phobique, hypochondriaque, obsessionnelle, certains agirs, lorsqu'ils répondent aux critères ci-dessus.

Exclure :

- les autres formes des pathologies limites;
- les troubles névrotiques (catégorie 2)
- les psychoses (catégorie 1)
- les troubles des fonctions instrumentales (catégorie 6).

Correspondance CIM 10 : ces troubles recourent les catégories F 94.2 troubles de l'attachement de l'enfance avec désinhibition et F 60.3 Personnalité émotionnellement labile en particulier le type borderline F 60.31 de la CIM 10, sans leur être entièrement assimilables.

3.2 Pathologie limite à dominante schizotypique

Classer ici les troubles caractérisés par des anomalies de la pensée et des affects où dominent la froideur, le retrait, la pauvreté du contact, l'auto-suffisance, des pensées vagues, souvent diffluentes, parfois étranges, des ruminations obsessionnelles, des préoccupations dysmorphophobiques ou nosophobiques.

Le trouble évolue de façon durable, mais souvent fluctuante sans qu'il existe de symptômes typiques ou dominants de schizophrénie.

Correspondance CIM10 : F21 Trouble schizotypique

3.3 Pathologie limite à dominante comportementale

Classer ici les troubles dominés par la tendance à l'agir, les troubles des conduites dans les échanges avec autrui, le défaut de contrôle, le déni des règles sociales, la répétition des échecs, le défaut d'influence des sanctions.

Les traits de la personnalité sous-jacents incluent les défauts de maturité affective, l'altération du sentiment de soi, la pauvreté de la vie intérieure, l'incapacité à nouer des investissements stables. La tonalité dépressive est

souvent recouverte par des constructions mégalomaniaques et par les affrontements au milieu. Elle se relie parfois à des conduites addictives.

Les troubles des conduites peuvent être codés en catégorie complémentaire (7).

Inclure :

- les troubles caractériels liés à une pathologie limite;
- les déséquilibres caractériels graves.
- l'évolution vers la psychopathie

Exclure :

- les autres formes des pathologies limites,
- les troubles des conduites et du comportement de type névrotique (en particulier 2.8)
- les troubles des conduites et du comportement de type psychotique (en particulier 1.04)
- les troubles réactionnels (catégorie 4).

Correspondance CIM 10 : ces troubles recourent les catégories F 91 Troubles des conduites et F 60.2 Personnalité dyssoziale de la CIM 10, sans leur être entièrement assimilables.

3.4 Dépressions liées à une pathologie limite

Ces manifestations seront classées ici lorsqu'elles occupent la première place dans le tableau clinique. Cette cotation sera associée à celle de la sous-catégorie qui permet de caractériser le mieux les troubles du sujet. Par exemple un syndrome dépressif survenant chez un enfant ou un adolescent entrant dans le cadre d'une pathologie narcissique sera codé 3.41.

Correspondance CIM 10 : ces troubles correspondent à la catégorie F 92.0 Troubles des conduites avec dépression, de la CIM 10, sans leur être entièrement assimilables.

3.8 Autres pathologies limites

3.9 Pathologies limites non spécifiées

© http://psydoc-fr.broca.inserm.fr:16080/biblo_bd/cftmea/cftmea1a.html

Axe I : CATEGORIES CLINIQUES

4. Troubles réactionnels

Classer ici les troubles définis par l'apparition récente, le lien avec une cause précise, l'intégrité de la personnalité.

4.0 Dépression réactionnelle

Classer ici les troubles répondant aux critères énoncés ci-dessus où la composante dépressive est au premier plan. Ces troubles répondent rapidement à une intervention thérapeutique précocement instaurée.

Exclure :

- les mouvements dépressifs qui constituent des variations de la normale (9.1) ou se relie à langoisse de séparation (7.4);
- les dépressions de la psychose (1.06), de la névrose (2.5), des pathologies limites (3.3).

Correspondance avec la CIM10 : la catégorie F 43.2, sans lui être entièrement assimilable.

4.1 Manifestations réactionnelles

Classer ici les troubles répondant aux critères énoncés ci-dessus qu'ils aient une expression mentalisée ou qu'ils apparaissent sous la forme de conflits extériorisés dans le milieu familial, scolaire ou social. Ces troubles répondent rapidement à une intervention thérapeutique précocement instaurée.

Exclure :

- la dépression réactionnelle (4.0)
- les variations de la normale (catégorie 9), en particulier les conduites normales d'opposition (9.2)
- les troubles névrotiques (catégorie 2)
- les pathologies limites (catégorie 3)
- les psychoses (catégorie 1)
- les troubles isolés des conduites et du comportement (7).

Correspondance avec la CIM10 : la catégorie F 43.2, sans lui être entièrement assimilable.

4.2 Syndrome de stress post traumatique

Dans les mêmes conditions d'apparition récente, de lien avec une cause déclenchante précise et d'intégrité de la personnalité surviennent ici des troubles qui vont constituer une réponse relativement persistante parfois différée aux facteurs déclenchants.

A travers des manifestations d'anxiété et des symptômes, variables d'un cas à l'autre, on relève la reviviscence répétitive des événements traumatiques, sous la forme de rêves, de cauchemars, de scènes jouées ou représentées, dans un contexte d'hypervigilance et de réaménagements des rapports avec l'environnement.

L'évolution est favorable, dans la plupart des cas, lorsqu'on intervient avec les moyens adaptés ; parfois cependant, elle mène à des modifications notables de la personnalité qui feront alors classer le sujet dans un autre cadre nosographique.

Inclure :

- les réactions secondaires à un facteur de stress
- les troubles de l'adaptation post traumatique

Exclure :

- les décompensations liées à des facteurs intercurrents chez des enfants ou des adolescents que leurs troubles font de même classer dans l'une des catégories suivantes :
 - . les troubles psychotiques
 - . les pathologies limites
 - . les troubles névrotiques

Correspondance avec la CIM10 : F43.1 et F43.2

5. Deficiences mentales (arriérations, défibilités mentales, démences)

Ne classer ici comme catégorie principale, que les formes où la déficience mentale constitue l'élément central. Les autres formes sont à classer par priorité en 1, 2 ou 3 d'après la nature de la pathologie dominante, la déficience mentale n'apparaissant que comme catégorie complémentaire.

Indiquer à la fois le niveau mental et la catégorie de la déficience.

Le niveau mental doit être évalué à partir de toutes les informations disponibles, c'est-à-dire à la fois la

symptomatologie clinique et les données psychométriques. Les quotients intellectuels indiqués sont ceux de tests ayant une moyenne égale à 100 et un écart-type de 15. L'échelle utilisée reprend celle de la Classification internationale des Maladies de l'OMS.

- 5.0x Q I 50 - 69
- 5.1x Q I 35 - 49
- 5.2x Q I 20 - 34
- 5.3x Q I < à 20
- 5.4x Q I Non spécifié

Correspondance avec la CIM10 : F 70 à F 79.

5.x5 Déficiences harmoniques

Classer ici toutes les formes où les troubles de l'intelligence apparaissent fixés et constituent l'élément central du tableau clinique : les diverses manifestations peuvent être rattachées aux perturbations affectant globalement le développement et l'organisation des fonctions cognitives, quelle qu'en soit l'étiologie.

Inclure, sous réserve qu'elles répondent aux critères précédents :

- la débilité mentale simple,
- la débilité homogène,
- la débilité harmonique.

Exclure :

- les autres formes de la déficience mentale (5.x6, 5.x7, 5.x8),
- les troubles des fonctions instrumentales (catégorie 6),
- les retards ou régressions transitoires (catégorie 9).

5.x6 Déficiences dysharmoniques

Classer ici les troubles de l'intelligence s'inscrivant dans un processus évolutif où le déficit fixé s'associe à des retards curables. Les traits déficitaires sont ici intriqués à des troubles de la personnalité et/ou à des troubles instrumentaux divers (troubles du langage, troubles gnoso-praxiques) qui débordent les manifestations explicables par le seul déficit intellectuel de base.

Inclure ici, sous réserve qu'elle réponde aux critères précédents :

- la débilité dysharmonique,
- la débilité avec troubles associés.
- la pseudo-débilité lorsqu'il existe un versant déficitaire déjà fixé, quelle que soit l'étiologie évoquée.

Exclure :

- les autres formes de la déficience mentale, en particulier la déficience avec polyhandicap sensoriel et moteur (5.x7) où les troubles liés au déficit répondent à des atteintes neurologiques avérées et sévères alors que dans les déficits dysharmoniques, les troubles intriqués de la psychomotricité et du langage n'ont pas la même gravité et ne relèvent pas d'une étiologie univoque;
- les troubles des fonctions instrumentales, (catégorie 6).

5.x7 Déficience avec polyhandicap sensoriel et/ou moteur

Classer ici les formes d'origine encéphalopathique où le déficit intellectuel est intriqué à des troubles neurologiques sévères à expression motrice et/ou sensorielle et est accompagné souvent d'une comitialité. Ce polyhandicap comporte une limitation considérable de l'efficacité et de l'adaptation.

Exclure :

- les déficiences dysharmoniques où, dans un tableau de gravité moindre, les troubles associés ne sont pas rattachables à une atteinte neurologique caractérisée mais correspondent plutôt à des perturbations d'ordre fonctionnel (5.x6).

Correspondance avec la CIM10 : F 7x1 et un code éventuel pour le trouble neurologique

5.x8 Démences

Classer ici exclusivement les déficiences réunissant les deux critères suivants :

- 1/ la réduction des capacités mentales tend à se faire de façon extensive pour évoluer vers une limitation durable,
- 2/ les troubles sont en rapport direct avec des facteurs organiques reconnus (à préciser nécessairement sur l'axe II).

Exclure :

- les déficiences avec polyhandicap sensoriel ou moteur (5.x7) qui représentent des **états** fixés alors que les démences sont prises encore dans un processus évolutif
- les déficiences mentales apparaissant au cours de l'évolution des psychoses de l'enfant (catégorie 1) et des troubles évolutifs de la personnalité non psychotiques (catégorie 3) :
 - a) en période évolutive, l'enfant sera classé d'après la nature des troubles de base, dans l'une des sous-catégories des catégories 1 ou 3;
 - b) lorsque le déficit en vient à dominer le tableau clinique dans un état déficitaire fixé post-évolutif, l'enfant sera classé d'après la forme prise par le déficit, soit dans les déficiences harmoniques (5.x5), soit dans les déficiences dysharmoniques (5.x6).

Correspondance avec la CIM10 : F 02.8 sans lui être entièrement assimilable.

5.x9 Non spécifiée

6. Troubles du développement et des fonctions instrumentales

Ces troubles sont envisagés dans une perspective descriptive, sans référence étio-pathogénique. Certains d'entre eux, en l'absence d'une cause précise, sont définis par l'expression troubles spécifiques du développement .

Ne classer ici comme catégorie principale que les troubles du développement et des fonctions instrumentales ne s'inscrivant pas dans une pathologie qui doit être classée par priorité dans les rubriques 1 à 5. Dans les autres cas, ne faire apparaître les troubles instrumentaux et des apprentissages que comme catégorie complémentaire.

6.0 Troubles de la Parole et du Langage

Troubles dans lesquels l'acquisition du langage est perturbée ou retardée dès les premiers stades du développement, en l'absence d'anomalies neurologiques, d'anomalies anatomiques de l'appareil phonatoire, d'atteinte sensorielle, de retard mental global. Les troubles du développement de la parole et du langage s'accompagnent souvent de problèmes associés, tels une perturbation des relations interpersonnelles, des troubles émotionnels et des troubles du comportement .

6.00 Troubles isolés de l'articulation .

Troubles dans lesquels l'utilisation par l'enfant des phonèmes est inférieure au niveau correspondant à son âge mental, mais avec un niveau linguistique normal. Il existe des déformations involontaires et systématiques d'un ou plusieurs phonèmes (consonnes essentiellement). Exemples: zozotement, zézaïement (sigmatisme interdental), chuintement (ou sigmatisme latéral).

Inclure :

- Troubles spécifiques du développement phonologique
- Dyslalie

Correspondance CIM 10 : F 80.0 Trouble spécifique de l'acquisition de l'articulation.

6.01 Troubles du développement du langage

Troubles du développement dans lesquels les capacités de l'enfant à utiliser le langage oral sont nettement inférieures au niveau correspondant à son âge mental.

6.010 Retard de parole

Trouble du développement du langage portant essentiellement sur l'ensemble de l'organisation phonétique, avec la persistance, au-delà de l'âge 4 ans, d'altérations phonétiques observées normalement vers 3 ans: confusion et substitution de phonèmes voisins dont l'articulation est moins difficile, omissions des syllabes finales, etc. (persistance du "parler bébé"); le développement des autres aspects du langage (vocabulaire, syntaxe) étant dans les limites de la normale.

Ces troubles s'associent souvent à des *signes d'immaturité affective* : notamment des habitudes orales du premier âge (suçage du pouce ou de la langue, prédilection pour une alimentation lactée et semi-liquide) ; ils s'inscrivent souvent dans une relation avec l'entourage familial favorisant l'entretien de ces conduites régressives. L'évolution est le plus souvent spontanément favorable.

Correspondance CIM 10 : F 80.1 Trouble spécifique de l'acquisition du langage (de type expressif).

6.011 Retard (simple)de langage

Retard du développement du langage portant sur ses composantes syntaxiques et linguistiques -généralement associé à des troubles phonétiques- en dehors de tout retard mental global, de trouble auditif ou de trouble grave de la personnalité.

L'ensemble des étapes du développement du langage est retardé : les premiers mots n'apparaissent pas avant 2 ans, et surtout les premières phrases n'apparaissent qu'après 3 ans, la compréhension est bonne ou peu perturbée. L'évolution est spontanément favorable mais parfois de façon lente. Des difficultés d'acquisition du langage écrit peuvent faire suite aux troubles du langage oral.

Correspondance CIM 10 : F 80.1 Trouble spécifique de l'acquisition du langage (de type expressif).

6.012 Dysphasie

Trouble portant sur l'acquisition de la structure du langage, sans substrat organique décelable, en l'absence de déficit auditif, de retard mental majeur et de trouble psychotique.

Vers l'âge de six ans, le langage reste très sommaire: le langage spontané est réduit avec un vocabulaire rudimentaire parfois difficilement compréhensible en raison des troubles phonétiques; il existe un agrammatisme ou d'importantes erreurs syntaxiques.

Il existe habituellement des troubles de la compréhension et/ou de la discrimination des éléments phonétiques. Enfin, certains enfants dysphasiques présentent d'importantes dyspraxies bucco-faciales contribuant aux troubles articulatoires.

A l'extrême on parle d'audimutité, lorsque qu'il n'y a pratiquement aucun langage compréhensible.

Correspondance CIM 10 : F 80.2 Trouble spécifique de l'acquisition du langage (de type réceptif).

6.018 Autres Troubles du Développement du Langage

6.02 Aphasie acquise

Détérioration du langage, consécutive à une atteinte du système nerveux central, survenant chez un enfant ayant déjà acquis un certain niveau de compréhension et d'expression verbale (au delà de 2 ans environ).

6.020 Aphasie acquise avec épilepsie (syndrome de Landau-Kleffner)

Régression du langage - après un développement normal - portant à la fois sur le versant expressif et réceptif, sans atteinte globale de l'efficacité intellectuelle. La survenue du trouble s'accompagne d'anomalies paroxystiques à l'EEG (pointes-ondes activées par le sommeil) 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).

Correspondance CIM 10 : F 80.3 aphasie acquise avec épilepsie (syndrome de Landau-Kleffner).

6.028 Autres aphasies acquises

6.03 Mutisme

Suspension ou disparition de la parole chez un enfant qui l'avait acquise antérieurement.
Le mutisme peut être total ou électif.

6.030 Mutisme total

Survenue le plus souvent brutale, à la suite d'un événement à valeur traumatique ou à forte charge émotionnelle (agression, deuil, séparation, etc.). Il est généralement transitoire, de quelques jours à quelques semaines, parfois prolongé par une période où l'enfant ne parle qu'en chuchotant. Un mutisme peut s'observer au cours de troubles psychotiques.

Correspondance CIM 10 :

6.031 Mutisme sélectif

Le mutisme ne se manifeste que dans certaines conditions ou vis-à-vis de certaines personnes :

- Le plus souvent il s'agit d'un *mutisme extra-familial* : l'enfant ne parle qu'aux personnes familières et reste mutique vis-à-vis des étrangers y compris le plus souvent en milieu scolaire. A l'école, l'enfant est souvent inhibé, participe peu aux activités ou seulement aux activités écrites.
- Dans le *mutisme intra-familial*, l'enfant n'accepte de parler, parfois seulement en chuchotant, qu'à certains membres du groupe familial.

Correspondance CIM 10 : F 94.0 Mutisme sélectif.

6.04 Bégaiement.

Trouble de la fluidité de la parole caractérisée par des répétitions ou des prolongations involontaires de syllabes, se manifestant de façon très fréquente.

Il peut être

- tonique : blocage qui vient interrompre pour une durée variable le débit normal de la phrase ou qui empêche sa production dès le début,
- clonique : répétition saccadée d'une syllabe au début d'un mot ou d'une phrase.

Ces deux formes coexistent le plus souvent avec une prédominance plus ou moins marquée de l'une ou de l'autre selon les individus.

Correspondance CIM 10 : F 98.6 Bégaiement.

6.08 Autres troubles de la parole et du langage

6.09 Troubles de la parole et du langage non spécifiés

6.1 - Troubles Cognitifs et 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.

Correspondance CIM 10 : F 81.troubles spécifiques des acquisitions scolaires

6.10 Troubles lexicographiques

Troubles de l'acquisition de la lecture et de l'orthographe) chez un enfant ayant l'âge habituel d'accession à la lecture, en dehors de toute déficience intellectuelle ou sensorielle et de carence pédagogique notable. L'expression dyslexie-dysorthographe est souvent utilisée pour désigner ces troubles lorsqu'ils sont nets et se prolongent, en opposition aux erreurs similaires, transitoires, banales par leur fréquence au début de l'apprentissage.

Exclure:

- les difficultés d'apprentissage liées à une scolarisation inadéquate ou à un retard intellectuel.

6.100 Dyslexie isolée

Altération spécifique de l'acquisition de la lecture, affectant la compréhension de la lecture, la reconnaissance des mots, la lecture orale et les performances dans les tâches nécessitant la lecture. Les troubles consistent en des confusions de graphèmes dont la correspondance phonétique ou la forme graphique est proche, en des inversions ou encore des additions ou substitutions. Au niveau de la phrase, il existe une difficulté à en saisir le découpage et le rythme. La compréhension du texte s'en ressent, mais elle est généralement supérieure à ce que pourrait laisser croire le déchiffrement.

Ce trouble 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. Il existe souvent des antécédents de troubles de la parole ou du langage. Des troubles émotionnels et des perturbations du comportement sont souvent associés pendant l'âge scolaire.

Correspondance CIM 10 : F 81.0 Trouble spécifique de la lecture.

6.101 Trouble de l'orthographe sans trouble de la lecture

Altération spécifique et significative de l'acquisition de l'orthographe, en l'absence d'antécédents de dyslexie 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.

6.108 Autres troubles lexicographiques

6.11 Troubles spécifiques de l'arithmétique (dyscalculie).

Trouble de l'acquisition de l'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).

Inclure:

- Acalculie de développement.
- Syndrome de Gerstmann.

Correspondance CIM 10 : F 81.1 Trouble de l'acquisition de l'arithmétique.

6.12 Troubles du raisonnement (Dysharmonies cognitives)

Classer ici des perturbations plus ou moins localisées de la pensée et du raisonnement, compatibles avec une efficacité intellectuelle satisfaisante, voire élevée, telle qu'elle peut être appréciée par les tests de niveau intellectuel, mais entraînant des difficultés ou un échec dans certains apprentissages, certaines activités scolaires ou non : calcul, lecture, situations concrètes de la vie courante, exigeant observation, réflexion, raisonnement et intervention précise.

Les épreuves inspirées des travaux de Piaget (type Echelle de pensée logique) contribuent notamment à les mettre en évidence et soulignent l'hétérogénéité très fréquente des processus cognitifs.

Inclure :

- troubles cognitifs non déficitaires;

Exclure :

- les déficits intellectuels et les retards globaux du développement;
- les troubles de l'attention liés à une instabilité psychomotrice, à classer en 6.08.

Correspondance CIM 10 :

6.13 Troubles de l'attention sans hyperkinésie

6.18 Autres troubles cognitifs et des acquisitions scolaires.

6.19 Troubles cognitifs et des acquisitions scolaires non spécifiés

6.2 Troubles psychomoteurs

On classera ici le retard psychomoteur et les tics sous leurs diverses formes ; l'instabilité sera classée parmi les troubles à dominante comportementale (catégorie 7)

6.20 Retard psychomoteur (Troubles spécifiques du développement moteur)

Classer ici les troubles d'observation précoce, dans les toutes premières années, s'exprimant par un retard des grandes acquisitions psychomotrices (par exemple, tenue assise, préhension, marche), ceci en l'absence de troubles psychotiques ou d'une déficience mentale liée à une affection précise diagnostiquée. Les échelles de développement psychomoteur (par exemple l'échelle de Brunet et Lezine) permettent d'évaluer le retard dans

quatre secteurs: domaine postural, domaine verbal, adaptation ou comportement avec les objets, relations sociales.

Inclure :

- les troubles où l'évolution se fait vers un retard tel qu'on ne peut encore parler de déficience mentale proprement dite.

Exclure :

- les retards spécifiques, isolés, du développement des grandes fonctions instrumentales (à classer dans la sous-catégorie correspondante de la catégorie 6) ; les retards liés à des troubles appartenant aux catégories 1, 2, 3 ou 5.

Correspondance CIM 10 : F 82 Trouble spécifique du développement moteur.

6.21 Tics

6.210 Tics isolés

Classer ici les tics épisodiques caractérisés par des gestes brusques, soudains, affectant des groupes musculaires restreints, en éclair, impérieux et involontaires, répétés à intervalles variables ; ils ne peuvent faire l'objet d'un contrôle et d'une suppression volontaire que pendant une période de durée réduite ; ils disparaissent pendant le sommeil.

Exclure :

- les tics dans le cadre d'une maladie de Gilles de la Tourette (6.211) ;
- les mouvements stéréotypés répétés des enfants psychotiques ou déficitaires (cat.1 ou 5)
- les mouvements anormaux d'origine neurologique (choréiques, athétosiques, myo-cloniques, dyskinétiques, etc.).

Correspondance CIM 10 : F95.0 et .1 ticstransitoire et moteur ou vocal chronique

6.211 Maladie de Gilles de la Tourette

Classer ici les troubles caractérisés par la survenue de tics multiples, moteurs, affectant plusieurs groupes musculaires, mais aussi vocaux et d'évolution prolongée.

Exclure :

- les mouvements anormaux d'origine neurologique (choréiques, athétosiques, myo-cloniques, dyskinétiques) ;
- les mouvements stéréotypés des états psychotiques et déficitaires.

Correspondance CIM 10 : F95.2 forme associant tics vocaux et tics moteurs (syndrome de Gilles de la Tourette)

6.28 Autres troubles psychomoteurs

Classer ici les troubles psychomoteurs non caractérisés par le retard ou l'instabilité mais s'exprimant notamment par :

(SIGMA) de la maladresse liée notamment à des troubles de la latéralisation ou au syndrome de débilité motrice de Dupré (maladresse avec des syncinésies importantes et une paratonie majeure, c'est-à-dire une grande difficulté à la décontraction musculaire active), ou encore à des troubles dyspraxiques, c'est-à-dire de l'organisation gestuelle en rapport avec une perturbation majeure de l'organisation du schéma corporel et de la représentation spatiale;

(SIGMA) de l'inhibition psychomotrice qu'expriment la lenteur, souvent une certaine raideur dans la posture, les attitudes et les mouvements, parfois des crampes;

(SIGMA) des perturbations toniques : par exemple, troubles tonico-moteurs précoces (fluctuations toniques, hypertonies, hypotonies) où la dimension relationnelle est nette;

(SIGMA) d'autres troubles limités de l'organisation perceptivo-motrice et de l'organisation spatio-temporelle.

Exclure:

- le retard psychomoteur à classer en 6.21;
- l'instabilité psychomotrice à classer en 7.1 les tics, à classer en 7.2;

- les troubles psychomoteurs imposant le classement dans l'une des catégories principales 1, 2, 3 ou 5.

Correspondance CIM 10 : F82 en partie

6.29 Troubles psychomoteurs non spécifiés

7. TROUBLES DES CONDUITES ET DES COMPORTEMENTS

Ce chapitre regroupe des troubles à dominante comportementale dont certains constituent des syndromes suffisamment individualisés en tant que tels. Néanmoins, il reste essentiel de rechercher dans quels cas cette symptomatologie peut s'intégrer dans l'une des quatre premières catégories.

7.0 Troubles hyperkinétiques

7.00 Hyperkinésie avec troubles de l'attention

Classer ici les troubles décrits en France par l'expression instabilité psycho-motrice .

Du point de vue symptomatique, cet ensemble, est caractérisé par :

- sur le versant psychique : des difficultés à fixer l'attention, un manque de constance dans les activités qui exigent une participation cognitive, une tendance à une activité désorganisée, incoordonnée et excessive, et un certain degré d'impulsivité ;

- sur le plan moteur : une hyperactivité ou une agitation motrice incessante.

Les relations de ces enfants avec les adultes sont souvent marquées par une absence d'inhibition sociale, de réserve et de retenue.

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.

Ces troubles, en décalage net par rapport à l'âge et au niveau de développement mental de l'enfant, sont plus importants dans les situations nécessitant de l'application, en classe par exemple. Ils peuvent disparaître transitoirement dans certaines situations, par exemple, en relation duelle ou dans une situation nouvelle.

Inclure :

- déficit de l'attention avec hyperactivité.

Exclure :

- les troubles de l'attention sans hyperactivité motrice proprement dite

- l'activité excessive adaptée à l'âge (chez les petits enfants notamment) ;

- les manifestations à type d'excitation maniaque (à classer, selon les cas, dans les catégories 1 ou 3).

- réaction hyperkinétique de durée limitée.

Correspondance avec la CIM10 : F 90 troubles hyperkinétiques

7.08 Autres troubles hyperkinétiques

Correspondance avec la CIM10 : F90.8

7.09 Troubles hyperkinétiques non spécifiés

7.1 Troubles des conduites alimentaires

7.10 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 chez un enfant proche de la puberté. Le trouble est associé à la peur de grossir et d'avoir un corps flasque. Les sujets s'imposent 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 aménorrhée notamment.

7.100 Anorexie mentale restrictive

7.101 Anorexie mentale boulimique

Exclure :

- Les refus d'alimentation appartenant à un délire (cat. 1)

- Les phobies alimentaires (2.2)

- Les restrictions alimentaires avec ou sans vomissement, isolées et ne comportant pas en particulier le déni de la maigreur, la peur de grossir et le désir de minceur, à classer en 2.01

Correspondance avec la CIM10 : F50.0

7.11 Anorexie mentale atypique

Troubles qui comportent certaines caractéristiques de l'anorexie mentale, mais dont le tableau clinique est

incomplet. Par exemple : l'un des symptômes, telle une aménorrhée ou la peur importante de grossir, peut manquer alors qu'il existe une perte de poids nette et un comportement visant à réduire le poids.

Exclure :

-Perte de poids associée à un trouble somatique

Correspondance avec la CIM10 : F50.1

7.12 Boulimie

Quelle que soit la personnalité sous jacente, 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 peut retrouver un épisode d'anorexie mentale.

Exclure

-les accès boulimiques émaillant l'évolution d'une anorexie mentale à classer en 7.10

Correspondance avec la CIM10 : F50.2

7.13 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 corporels.

Correspondance avec la CIM10 : F50.3

7.14 Troubles des conduites alimentaires du nourrisson et de l'enfant

Troubles de l'alimentation caractérisés par des manifestations variées habituellement spécifiques de la première et seconde enfance. Ils impliquent en général un refus alimentaire et des caprices alimentaires excessifs , pouvant conduire à un amaigrissement significatif en l'absence de maladie organique et alors que la nourriture est appropriée et l'entourage adéquat.

Correspondance avec la CIM10 : F98.2 sans qu'elle puisse lui être entièrement assimilable

7.15 Troubles alimentaires du nouveau né

Correspondance avec la CIM10 : F98.2 sans qu'elle puisse lui être entièrement assimilable

7.18 Autres Troubles des Conduites Alimentaires

Inclure :

Pica

Mérycisme

Potomanie

Autres

Correspondance avec la CIM10 : F98.2 sans qu'elle puisse lui être entièrement assimilable

7.19 Troubles des Conduites Alimentaires non spécifiés

7.2 Tentatives de suicide

Si le comportement suicidaire apparaît isolé ou difficilement rattachable à une organisation psychopathologique précise il sera classé ici en catégorie principale.

Sil fait partie de tableaux cliniques classables dans les cinq premières catégories, il sera classé ici en catégorie complémentaire.

7.3 Troubles liés à l'usage de drogues ou d'alcool

Ne classer ici comme catégorie principale que les formes où la conduite toxicomaniaque est au premier plan, quelle que puisse être la pathologie sous jacente . Les autres formes sont à classer par priorité en 1,2,3,4 d'après la nature de la pathologie dominante , la toxicomanie n'apparaissant que comme catégorie complémentaire

USAGE PRODUIT UTILISE

7.30x Continu 7.3x0 Alcool

7.31x Occasionnel 7.3x1 Morphiniques

7.32x En rémission 7.3x2 Cannabis

7.38x Autre 7.3x3 Hypnotiques et Tranquillisant

7.39x Non spécifié 7.3x4 Cocaïne

7.3x5 Autres psychostimulants et dysléptiques dont amphétamines, ecstasy, L.S.D et autres hallucinogènes

7.3x6 Tabac - Caféine

7.3x7 Solvants

7.3x8 Polytoxicomanies

7.3x9 Autres ou non spécifié

7.4 Troubles de l'angoisse de séparation

Classer ici les manifestations somatiques et/ou comportementales qui sont l'expression de l'angoisse de séparation, notamment chez le jeune enfant. Dans ce trouble, 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.

Dans le cas où le syndrome est isolé, il sera placé en catégorie principale. Dans les cas où il se relie à une autre pathologie, il sera classé en catégorie complémentaire.

Correspondance CIM 10 : F93.0 angoisse de séparation de l'enfance

7.5 Troubles de l'identité et des conduites sexuelles

7.50 Troubles de l'identité sexuelle

7.500 Trouble de l'identité sexuelle de l'enfance

Trouble se manifestant dans l'enfance (bien 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 troubles de l'identité sexuelle chez les individus pubères ou pré-pubères ne doivent pas être classés ici, mais en 7.501

Correspondance CIM 10 : F64.2 trouble de l'identité sexuelle de l'enfance

7.501 Trouble de l'identité sexuelle chez les adolescents

- Transsexualisme.

- Travestisme bivalent.

- Trouble de l'identité sexuelle chez l'adolescent, type non transsexuel.

Correspondance CIM 10 : F64.0 transsexualisme, F64.1 transvestisme bivalent

7.51 Troubles de la préférence sexuelle

Trouble des conduites sexuelles de caractère permanent et exclusif.

Comprend : les paraphilies. fétichisme, travestisme fétichiste, exhibitionnisme, voyeurisme, pédophilie, sadomasochisme, troubles multiples de la préférence sexuelle et autres troubles de la préférence sexuelle.

Exclure : Manifestations transitoires chez des adolescents

Correspondance CIM 10 : F65 troubles de la préférence sexuelle

7.52 Manifestations en rapport avec des préoccupations excessives concernant le développement sexuel et son orientation.

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, éprouvent un changement dans leur orientation sexuelle.

Correspondance CIM 10 :

7.58 Autres troubles des conduites sexuelles.

7.59 Trouble des conduites sexuelles, sans précision.

7.6 Phobies scolaires

On classera ici les manifestations d'angoisse majeure avec souvent phénomène panique, liées à la fréquentation scolaire et interdisant sa poursuite sous les formes habituelles.

Exclure :

- Les manifestations par angoisse de séparation

- Les manifestations phobiques localisées sur un objet ou une situation qui doivent être classées en 2.

Correspondance CIM 10 : F94.8 autres troubles du fonctionnement social de l'enfance (en partie)

7.7 Autres troubles caractérisés des conduites

Classer ici des comportements parfois répétitifs, qui inquiètent et attirent l'attention de l'entourage. Ils peuvent par eux-mêmes avoir des conséquences graves pour l'individu et/ou son entourage.

Tantôt le comportement reste isolé et il sera classé ici en catégorie principale, tantôt il fait partie d'un tableau clinique classable dans les catégories 1 à 5 et on utilisera alors cette rubrique comme catégorie complémentaire.

7.70 Pyromanie

Tendance pathologique à allumer des incendies.

Ce comportement s'accompagne souvent d'un état de tension croissante avant l'acte et d'une excitation intense immédiatement après.

Correspondance CIM 10 : F63.1 tendance pathologique à allumer des feux (pyromanie)

7.71 Kleptomanie

Tendance pathologique à commettre des vols.

Trouble caractérisé par des impossibilités répétées à résister aux impulsions de vol d'objets. 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.

Correspondance CIM 10 : F63.2 tendance pathologique à commettre des vols (kleptomanie)

7.72 Trichotillomanie

Trouble caractérisé par une perte visible des cheveux, causée par une impossibilité répétée de résister aux impulsions à s'arracher les cheveux.

Exclure : mouvements stéréotypés avec arrachage des cheveux

Correspondance CIM 10 : F63.3 trichotillomanie

7.73 Fugues

Correspondance CIM 10 : F91.2 (en partie) troubles des conduites, type socialisé

7.74 Violence contre les personnes

Correspondance CIM 10 : F91.1 (en partie) troubles des conduites, type mal socialisé

7.75 Conduites à risques

7.76 Errance

7.78 Autres troubles caractérisés des conduites

Autres variétés de comportements inadaptés persistants et répétés, non secondaires à un syndrome psychiatrique avéré.

Correspondance CIM 10 : F91.8 autres troubles des conduites (en partie)

7.8 Autres troubles des conduites et des comportements

7.9 Troubles des conduites non spécifiés

8. TROUBLES A EXPRESSION SOMATIQUE

8.0 Affections psychosomatiques

Classer ici les cas où le tableau clinique est constitué par une maladie somatique à déterminisme psychique, quel que puisse être l'appareil ou l'organe touché.

Parmi les affections les plus fréquentes figurent : l'eczéma, la pelade, le psoriasis, l'asthme, les colites et rectocolites.

Exclure :

- les troubles somatiques faisant partie du tableau clinique d'une pathologie psychotique, telle la catatonie (à classer en 1.1), névrotique hystérique (2.1) ;
- les troubles des fonctions instrumentales (catégorie 6);
- les troubles psychofonctionnels (8.1);
- les troubles hypochondriaques (8.2);
- les simulations.

Correspondance CIM 10 : F45.0, F45.1, F45.9 sans leur être entièrement assimilables.

8.1 Troubles psychofonctionnels

Classer ici les cas où le tableau clinique est dominé par des manifestations fonctionnelles sans lésions tissulaires.

Parmi les manifestations les plus fréquentes figurent : torticolis psychogène, crampe des écrivains, spasme du sanglot, hoquet et toux psychogènes, syndromes douloureux psychogènes, troubles cardio-vasculaires fonctionnels psychogènes, prurit psychogène, aérophagie, vomissements psychogènes, dysménorrhées psychogènes, migraines et céphalées psychogènes.

Exclure :

- les affections psychosomatiques (8.0)
- les manifestations de conversion hystérique (2.1) et les expressions somatiques de l'anxiété dans le cadre d'une névrose d'anxiété (2.0).

Correspondance CIM 10 : F45.3, F45.4, F45.8, sans leur être entièrement assimilables.

8.2 Trouble hypochondriaque

La caractéristique essentielle de ce trouble est une préoccupation persistante concernant la présence éventuelle d'un ou plusieurs troubles somatiques, se traduisant par des plaintes somatiques persistantes ou par une préoccupation durable concernant la normalité physique. Des sensations et des signes physiques normaux ou anodins sont souvent interprétés par le sujet et par son entourage comme étant anormaux.

Inclure :

- Hypochondrie
- nosophobie
- peur d'une anomalie corporelle.

Exclure :

- troubles psychosomatiques (8.0)
- troubles psychofonctionnels (8.1)
- syndrome de Münchhausen par procuration.
- dysmorphophobie névrotique (à classer en 2.2) ou délirante (1.1)

Correspondance CIM 10 : F45.2 trouble hypochondriaque

8.3 Enurésie

Classer ici les troubles caractérisés par des émissions d'urine répétées et involontaires, diurnes ou nocturnes et considérées comme anormales pour l'âge du sujet (au-delà de quatre ans), quelles apparaissent après une phase d'acquisition de la propreté ou non (primaire ou secondaire).

Exclure :

- incontinence urinaire d'origine organique.

Correspondance CIM 10 : F98.0 énurésie

8.4 Encoprésie

Classer ici les troubles caractérisés par des émissions de selles répétées, volontaires ou involontaires, diurnes ou nocturnes et considérées comme anormales pour l'âge du sujet (au-delà de quatre ans), quelles apparaissent après une phase d'acquisition de la propreté ou non (primaire ou secondaire).

Exclure :

- incontinence fécale d'origine organique.

Correspondance CIM 10 : F98.1 encoprésie

8.5 Troubles du sommeil

Classer ici les troubles du sommeil qui ne peuvent être rattachés à aucun diagnostic d'affection somatique ou psychiatrique.

Inclure :

- troubles du coucher et de l'endormissement
- cauchemars, rêves d'angoisse, terreurs nocturnes
- hypersomnies, insomnie, inversion du rythme du sommeil
- somnambulisme, narcolepsie, syndrome de Gelineau.

Correspondance CIM 10 : F51 troubles du sommeil

8.6 Retard de croissance psychogène

Classer ici le syndrome associant retard de croissance d'origine non organique et contexte familial de conflits et d'abandonnisme (à cocher également sur l'axe II).

Inclure :

- nanisme psychogène

Correspondance CIM 10 :

8.8 Autres troubles à expression somatique

8.9 Troubles à expression somatique non spécifiés

9. Variations de la normale

Cette catégorie ne peut être utilisée **qu'isolément**, à l'exclusion de toute autre catégorie

Classer ici des symptômes ou des conduites qui ne peuvent être inclus dans l'un des cadres précédents. Certains se retrouvent souvent dans l'évolution normale de l'enfant ou de l'adolescent (phobies précoces, rituels du jeune âge, moments dépressifs, décalages et régression transitoires dans l'émergence et l'organisation des grandes fonctions). Ils sont transitoires et peuvent correspondre à des moments féconds du développement, sans que leur intensité ou la gêne qu'ils apportent éventuellement à la vie relationnelle leur donnent pour autant une valeur pathologique.

On classera également dans cette rubrique des manifestations plus durables, mais dont le caractère pathologique ne peut être affirmé, par exemple certaines difficultés scolaires qui semblent en relation avec des facteurs antérieurs (orientation, encadrement, pédagogie) ou certains aspects originaux de la personnalité de l'enfant ou de l'adolescent

9.0 Angoisses, rituels, peurs

9.1 Moments dépressifs

9.2 Conduites d'opposition

9.3 Conduites d'isolement

9.4 Difficultés scolaires non classables dans les catégories précédentes

9.5 Retards ou régressions transitoires

9.6 Aspects originaux de la personnalité

9.8 Autres

9.9 Non spécifiées

Correspondance CIM 10 :

© http://psydoc-fr.broca.inserm.fr:16080/biblio_bd/cftmea/cftmea1b.html

Axe II : Facteurs associés ou antérieurs éventuellement étiologiques

1- Facteurs organiques

(Retenir si besoin plusieurs numéros de code)

10 Pas de facteurs organiques reconnus

11 Facteurs ante-nataux d'origine maternelle

Classer ici les facteurs à l'origine d'une atteinte embryonnaire (trois premiers mois de grossesse) ou fœtale (à partir du quatrième mois) acquise in utero.

11.0 Atteinte infectieuse (virale, bactérienne) ou parasitaire :

- rubéole, cytomégalie, herpès, etc. ;
- toxoplasmose, listériose, syphilis, etc.

11.1 Atteinte toxique liée :

- à la prise de médicaments ;
- à un alcoolisme maternel ;
- à la prise de drogues ;
- à une irradiation (rayon X ou radiothérapie), etc.

11.2 Atteinte liée à une maladie maternelle

Diabète, néphropathie, malformation cardiaque, malnutrition sévère, etc.

11.3 Autres

12 Facteurs périnataux

Classer ici les facteurs intervenant tout à la fin de la grossesse, lors de la naissance et des premiers jours de vie.

12.0 Prématurité, dysmaturité, hypotrophie fœtale

Classer ici les cas en rapport avec :

- une prématurité, définie par la naissance d'un nouveau-né au terme d'une grossesse de durée égale ou inférieure à 37 semaines, et dont les causes sont multiples : grossesses multiples, causes locales (béance du col, placenta praevia, etc.), milieu défavorisé, travail pénible, etc.
- une hypotrophie fœtale ou un retard de croissance intra-utérine (RCIU) défini par un poids de naissance insuffisant pour le terme (égal ou inférieur au dixième percentile sur une courbe de croissance intra-utérine), et dont les causes sont multiples : grossesses multiples, HTA maternelle, malformations utérines et anomalies placentaires, certaines embryo- fœtopathies, etc.
- la notion de dysmaturité liée à une souffrance fœtale prolongée en rapport avec une malnutrition maternelle sévère ou à des conditions locales utéro-placentaires, vasculaires ou amniotiques défavorables (il existe un retard de croissance intra-utérin) est pratiquement superposable à celle d'hypotrophie fœtale.

12.1 Souffrance cérébrale périnatale

Classer ici les cas relevant d'une souffrance cérébrale périnatale en rapport avec :

- un traumatisme obstétrical (dystocie dynamique, accouchement par le siège difficile, circulaire du cordon, forceps laborieux, etc.)
 - une anoxie liée à un état de mort apparente du nouveau-né ou à une détresse respiratoire, quelles qu'en soient les causes (affection maternelle, complication de l'accouchement, atteinte fœtale).
- L'infirmité motrice cérébrale dans ses divers aspects cliniques (hémiplégie congénitale, maladie de Little ou diplégie spastique des membres inférieurs, athétose, etc.) en est une des conséquences, de même que certaines déficiences mentales. L'IMC se voit aussi dans un contexte de grande prématurité. Enregistrer également dans ce cas, l'atteinte motrice en 15.1.

12.2 Incompatibilité sanguine fœto-maternelle

Classer ici les cas liés à une incompatibilité sanguine fœto-maternelle dans le système Rhésus (par exemple mère rhésus négatif et fœtus rhésus positif) ou le système ABO.

12.3 Autres

13 Atteintes cérébrales post-natales

Classer ici :

13.0 Atteinte cérébrale post-natale d'origine infectieuse (virale, bactérienne) ou parasitaire

Encéphalites ou méningo-encéphalites virales (herpétique ou liée à une affection telle que rougeole, etc.)

13.1 Atteinte cérébrale post-natale d'origine toxique

Intoxications médicamenteuses accidentelles, etc.

13.2 Atteinte liée à un traumatisme cérébral

Accidentel ou lié à de mauvais traitements.

Classer ici les hématomes sous-duraux du nourrisson.

13.3 Tumeurs cérébrales

Quelles qu'en soient l'origine et la nature.

13.8 Autres

14 Maladies d'origine génétique ou congénitales

Classer ici les maladies de l'enfant liées à une affection prénatale génétique ou congénitale engendrant (ou risquant d'engendrer) une atteinte cérébrale.

14.0 Trisomie 21 ou Mongolisme

14.1 Autres maladies liées à une anomalie chromosomique autosomique :

Autres trisomies, monosomies, délétion partielle du bras court du chromosome 5 ou "Maladie du cri du chat", etc.

14.2 Maladie liée à une anomalie chromosomique gonosomique

- syndrome du chromosome X fragile, responsable de certaines déficiences mentales;
- dysgénésies gonadiques, notamment du syndrome de Klinefelter (XXY) chez l'homme, du syndrome de Turner (XO) chez la femme, syndrome XXX, etc.

14.3 Phénylcétonurie

14.4 Autres maladies métaboliques

D'origine génétique dites erreurs innées du métabolisme : galactosémie congénitale, neuro-lipidoses, etc.

14.5 Hypothyroïdies congénitales

Lesquelles peuvent être d'origine génétique ou non.

14.6 Neuro-ectodermoses congénitales

Sclérose tubéreuse de Bourneville, etc.

14.7 Malformations cérébrales congénitales

Micro ou macrocéphalie, encéphalocèle et autres malformations pouvant s'accompagner d'hydrocéphalie, etc.

14.8 Autres

15 Infirmités et affections somatiques à long cours

Classer ici les infirmités et affections somatiques à long cours pouvant comporter une grave invalidité.

15.0 Déficits sensoriels

Auditifs, visuels, essentiellement.

15.1 Atteinte motrice d'origine cérébrale : IMC

15.2 Atteinte neurologique non cérébrale

D'origine centrale (paraplégies de causes diverses, etc.) ou périphérique (séquelles de poliomyélite, etc.)

15.3 Affections musculaires

Essentiellement les myopathies, la myasthénie.

15.4 Malformations congénitales autres que cérébrales

Spina-bifida, ambiguïtés sexuelles, cardiopathie congénitale, fente palatine, luxation congénitale de hanche, etc.

15.5 Séquelles d'accident physique sans atteinte cérébrale

15.6 Déficit immunitaire congénital ou acquis

Classer ici le SIDA ou AIDS.

15.7 Hémophilie

15.8 Maladie somatique à long cours

Hémopathie chronique autre, cancer, diabète, cardiopathie, affection broncho-pulmonaire, mucoviscidose, affection rénale, métabolique ou endocrinienne, etc.)

Ne classer ici que les maladies actuellement en évolution

15.9 Autres

16 Convulsions et épilepsie

Classer ici :

16.0 Epilepsie idiopathique

16.1 Encéphalopathie épileptique évolutive, type syndrome de West ou syndrome de Lennox-Gastaut, et épilepsies graves.

16.2 Autres épilepsies symptomatiques

16.3 Manifestations convulsives non épileptiques

Convulsions fébriles, etc.

16.8 Autres

17 Antécédents de maladies somatiques dans l'enfance

Classer ici les affections de l'enfance qui méritent d'être notées en raison de leur gravité et/ou leur répétition et/ou leur prolongation à un moment donné, par exemple des otites à répétition ou l'asthme du nourrisson.

Exclure :

- les maladies somatiques au long cours actuelles (15.8)
- les atteintes cérébrales post-natales (13.0)

18 Autres

19 Pas de réponse possible par défaut d'information

2 - Facteurs et conditions d'environnement

(Retenir si besoin plusieurs numéros de code)

20 Pas de facteurs d'environnement à retenir

21 Troubles mentaux ou perturbations psychologiques avérées dans la famille

Cette rubrique correspond à des troubles mentaux ou à des perturbations psychologiques **avérées** dans la famille.

21.0 Psychose puerpérale

Retenir seulement les psychoses qui sont directement en rapport avec les remaniements somatiques et psychiques propres à la grossesse, l'accouchement et la lactation.

Exclure :

- Les troubles psychotiques qui s'inscrivent dans un autre cadre, en particulier les épisodes maniaques, dépressifs, délirants, survenant en période puerpérale chez une malade dont la psychose a été antérieurement reconnue (à classer en 21.5);
- les aspects de la pathologie mentale n'appartenant pas directement au cadre de la psychose (à classer en 21.1 ou 21.5).

21.1 Dépression maternelle dans la période post-natale

Classer ici les dépressions maternelles du post-partum à expression cliniquement repérable et d'évolution suffisamment prolongée.

Exclure :

- le "post-partum blues", réaction dépressive brève et banale du 4^e au 7^e jour après l'accouchement ;
- les dépressions apparaissant dans le cadre d'une psychose puerpérale ou de troubles psychotiques caractérisés.

21.2 Discontinuité des processus de soins maternels dans la première année

Classer ici les **discontinuités** des soins maternels qui sont tantôt liés à des facteurs manifestes (séparation, multiplicité des intervenants), tantôt en rapport avec la variabilité dans le temps des conduites maternelles (fluctuations de l'investissement maternel, alternance des périodes de sur ou sous-stimulation, etc.).

21.3 Autre trouble important des relations précoces

Classer ici les troubles des relations précoces survenant dans les trois premières années et marqués par la **distorsion** des échanges entre l'enfant et son entourage, et sous-tendus par la forme des attitudes maternelles : hypersollicitude anxieuse, hostilité déguisée en angoisse, hostilité consciemment compensée, etc.).

21.4 Troubles mentaux d'un ou des parents

Classer ici les troubles mentaux reconnus du père et/ou de la mère, autres que la psychose puerpérale (classée en 21.0) et la dépression du post-partum (classée en 21.1). Classer ici les troubles mentaux survenant pendant la grossesse

21.5 Troubles mentaux d'un autre membre de la famille

Classer ici les troubles mentaux reconnus chez des membres de la famille proche autres que père et mère (grands-parents, fratrie, etc.).

21.6 Alcoolisme ou toxicomanie parentale

21.7 Perturbations psychologiques sévères et actuelles dans le réseau familial

Classer ici les perturbations actuelles et importantes dans le réseau familial : conflits, dysfonctionnements familiaux, deuils, etc., qu'elles s'associent ou non à une pathologie avérée d'un des membres de la famille. Classer ici les formes de rivalité fraternelle répondant à cette définition.

21.8 Autre

22 Carences affectives, éducatives, sociales, culturelles

22.0 Carences affectives précoces

Classer ici les situations caractérisées par l'existence dans les trois premières années d'une carence de soins engendrant au plan affectif et relationnel un manque quantitatif, une insuffisance d'interaction entre l'enfant et sa mère.

La carence peut être intra-familiale ou extra-familiale, liée soit à un défaut de stimulation et d'apports affectifs de la mère ou de ses substituts, soit à l'absence ou à la défaillance d'un personnage maternel, soit encore à des expériences de séparation précoces et répétées de l'enfant d'avec la figure maternelle.

22.1 Carences affectives ultérieures

Classer ici les situations engendrant, à partir de trois ans, une carence importante dans les échanges affectifs et relationnels entre l'enfant et son entourage.

22.2 Carences socio-éducatives

Classer ici les situations caractérisées par la pauvreté globale des apports sociaux, éducatifs, culturels de l'entourage, la défaillance des modèles, les défauts de l'encadrement, l'absence de projet.

Les situations à l'origine d'une carence éducative peuvent concerner tous les milieux ; lorsque celle-ci survient dans un milieu socio-économique et culturel très défavorisé, classer aussi en 25.8.

22.8 Autres

23 Mauvais traitements et négligences graves

Classer ici les enfants **maltraités** non seulement en raison des sévices physiques mais aussi d'abus sexuels, de négligences graves et de violences émotionnelles. Dans les cas où les mauvais traitements sont actuels ne pas omettre de cocher en même temps 21.8.

23.0 Sévices et violences physiques (quelle qu'en soit la forme)

23.1 Négligences graves

Classer ici les enfants confrontés à un manque de soins, à des situations où domine le défaut de protection.

23.2 Abus sexuels

Classer ici les situations de participation à des activités sexuelles subies sous la contrainte et qui transgressent les interdits. Ces abus, selon la définition qu'en donne l'OMS, peuvent prendre différentes formes : appels

téléphoniques, outrages à la pudeur et voyeurisme, images pornographiques, rapports ou tentatives de rapports sexuels, viol, inceste, prostitution des mineurs.

23.8 Autre

24 Événements entraînant la rupture de liens affectifs

Retenir seulement les événements qui ont pour conséquence une rupture d'un lien affectif de gravité indéniable et qui surviennent dans le déroulement de l'histoire de l'enfant. Ces événements sont notés même s'ils sont anciens ou si leur incidence sur la symptomatologie actuelle ne paraît pas évidente.

24.0 Hospitalisation ou séjour institutionnel prolongé ou répétitif de l'enfant

24.1 Rupture itérative des modes de garde

24.2 Hospitalisation ou séjour institutionnel prolongé ou répétitif d'un ou des parents

Par maladie, accident, incarcération, etc.

24.3 Décès d'un ou des parents

24.4 Décès d'un ou des grands parents

24.5 Décès dans la fratrie

24.6 Abandon parental

24.8 Autre

25 Contexte socio-familial particulier

Les situations indiquées dans cette rubrique sont souvent considérées comme facteurs de risque. Seules ont été mentionnées celles qui se retrouvent avec une fréquence suffisante. L'existence d'un contexte social ou familial qui place le sujet dans une position particulière, minoritaire ou rare, mérite d'être enregistrée, même si on ne lui confère pas une valeur étiologique.

25.0 Gémellité

25.1 Enfant actuellement placé

25.2 Enfant adopté

25.3 Enfant de parents divorcés, quel que soit le mode de garde

25.4 Enfant élevé par les grands-parents

25.5 Famille mono-parentale

25.6 Famille immigrée ou transplantée

25.7 Maladie organique grave d'un parent

25.8 Milieu socio-familial très défavorisé

25.9 Autre

Noter ici les autres contextes plaçant le sujet dans une position particulière. Inclure notamment ici l'enfant né par procréation artificielle ou dont la naissance est liée à des circonstances, confidentielles ou non, mais qui le placent dans une situation particulière.

28 Autres

29 Pas de réponse possible par défaut d'information

© http://psydoc-fr.broca.inserm.fr:16080/biblo_bd/cftmea/cftmea2.html

AXE I bébé (0 à 3 ans) compléments de l'axe I général

Généralités

Un certain nombre de situations psychopathologiques concernant le très jeune enfant sont déjà répertoriées et donc classables au sein des différents chapitres de la classification générale, mais les développements récents de la psychiatrie du bébé rendent nécessaire la création d'une section spécifique pour les troubles du très jeune enfant (0 à 3 ans).

Il s'agit en effet de permettre au clinicien un repérage clinique plus facile et plus congruent compte tenu de l'évolution des connaissances dans ce champ et de rendre possible le classement d'un certain nombre de situations qui ne trouvent pas leur place au sein de l'axe général.

La psychiatrie du bébé et la psychopathologie précoce ont ceci de particulier qu'elles imposent de centrer le regard sémiologique simultanément sur le bébé lui-même mais aussi sur la nature du lien entre le bébé et l'adulte qui dispense les soins et enfin sur l'adulte de référence (c'est-à-dire sur l'environnement relationnel de l'enfant). Alors que la clinique du bébé et du lien nécessite une codification spécifique en axe I bébé, par contre, les particularités de l'environnement peuvent être codées en se servant de l'axe II de la classification générale dans la mesure où, par exemple, les notions de stress traumatique, de carence, de maltraitance et de parents en grande souffrance s'y trouvent déjà prises en compte.

Certains chapitres de la psychopathologie du bébé ne font pas encore l'objet d'un consensus absolu entre les différents cliniciens ; les propositions énoncées ci-dessous ne constituent donc qu'un matériel initial qui demandera à être progressivement affiné, voire remanié, en fonction des avancées qui ne pourront manquer d'avoir lieu dans ce domaine au cours des années à venir.

Deux remarques à propos de l'axe I bébé

1) Les troubles de l'attachement n'ont pas été retenus comme rubrique classificatoire.

On sait en effet que le développement du profond renouvellement théorique qu'a apporté la théorie de J. BOWLBY, les différents types de schémas d'attachement qui ont été décrits (attachement sécure, attachement insécure, attachement évitant, attachement désorganisé) apparaissent davantage comme des catégories expérimentales que comme des catégories étroitement corrélées avec tel ou tel profil psychopathologique.

Autrement dit, certains enfants à l'attachement sécure peuvent fort bien présenter des troubles du développement psychique alors que certains enfants, insécures ou évitants en situation de dévaluation, peuvent fort bien fonctionner de manière cliniquement satisfaisante.

Seul le schéma de type désorganisé semble actuellement témoigner d'un risque potentiel de dysfonctionnement clinique.

2) Les troubles de l'identité de genre n'ont pas non plus été retenus, étant donnée la difficulté qu'il y a à les repérer avant l'âge de trois ans.

En dépit des résultats énoncés par certaines études, la majorité des cliniciens actuels met en effet en doute la possibilité même de parler de troubles de l'identité de genre chez l'enfant pré-œdipien.

A cette époque de la vie, seuls seraient déjà repérables d'éventuels facteurs de risque dont la description et la valeur prédictive sont, à l'heure actuelle encore, fortement sujettes à caution.

Axe I bébé

B1 Bébé à risque de troubles sévères du développement

À côté des très jeunes enfants chez qui le diagnostic d'autisme ou de psychose peut être fait d'après les critères de l'axe I général, il existe des bébés dont le repérage précoce est essentiel pour les activités de prévention. Ce sont des enfants dont le développement semble présenter des zones de vulnérabilité ou de fragilité susceptibles de se faire engager dans un fonctionnement ou une organisation de type autistique ou psychotique.

De nombreuses recherches sont actuellement en cours pour préciser ou affiner les limites de ce groupe d'enfants dont le devenir ne peut bien sûr être prédit ou figé dans une annonce qui ne viendrait que cristalliser le risque évoqué.

Un certain nombre de symptômes dont les regroupements peuvent être variables d'un enfant à l'autre doivent ici

avoir valeur d'appel.

On citera :

- Lévitement ou la perte du regard
Les conduites de détournement du regard peuvent avoir la même valeur en privilégiant l'utilisation du regard périphérique au détriment du regard central
- Le maintien au-delà de plusieurs semaines d'un regard adhésif sans acquisition stable d'un regard pénétrant.
- Une insomnie précoce, calme (sans appel vis-à-vis de la présence de l'adulte) et pouvant durer plusieurs heures.
- Une anorexie primaire grave ou d'autres troubles sévères de l'oralité.
- Des phénomènes cliniques de pseudo-surdité.
- Des cris monotones, monocordes et sans valeur relationnelle ou significative repérable.
- L'absence d'instauration de langoisse de l'étranger autour du huitième mois de la vie.
- Des phobies multiples, variables, insolites et parfois intenses.
- Un évitement ou un retrait relationnel (en excluant les évitements ou les retraits observés en cas de dépression, d'asthénie ou de douleur physique).
- Des troubles du tonus (en hyper ou en hypo) sans cause neuropédiatrique reconnue.
- Parfois présence de stéréotypies

C'est le regroupement et le maintien conjoint dans le temps d'un certain nombre de ces symptômes qui doit attirer l'attention du clinicien

Inclure : le syndrome d'évitement relationnel précoce

B2 Les dépressions du bébé

Les dépressions du bébé peuvent être liées à des situations de carence relationnelle quantitative ou qualitative.

Parmi les symptômes devant faire évoquer une organisation dépressive chez le bébé, on peut citer :

- Latence psychique
Manque du tonus vital qui imprègne normalement le fonctionnement psychique du bébé avec absence de curiosité et d'ouverture envers le monde des objets et envers le corps propre (absence d'instauration ou d'extinction progressive des auto-érotismes).
- Le retrait interactif qui correspond à une absence d'engagement dans l'échange relationnel.
- Le ralentissement psychomoteur
Mouvements répétitifs et partiels, s'interrompant avant d'avoir atteint leur but et avec une lenteur prédominante sur les racines tandis que les extrémités conservent une motilité déliée.
- L'absence de structuration de langoisse de l'étranger.
- Des troubles psychosomatiques d'appel ou d'épuisement
Au début de l'épisode dépressif, on a le sentiment que les divers troubles fonctionnels de l'enfant visent à réanimer l'environnement et à solliciter son attention tandis qu'à l'issue d'une certaine période de dévolution, les défenses recrutées sont débordées et les troubles fonctionnels de l'enfant traduisent alors un débordement et un effondrement de l'équilibre psychosomatique de l'enfant.

Inclure : les situations de syndrome du comportement vide et celles de dépressions blanches en fonction de la date de survenue et de la durée de la situation carencielle.

B3 Bébés à risque dévolutio

Certains éléments du tableau décrit au chapitre 3.00 de l'axe I général peuvent être déjà repérables avant trois ans et seront classés dans cette rubrique.

A l'heure actuelle, il s'agit ici d'un cadre d'attente dont la pertinence est encore sujette à caution puisqu'il paraît difficile d'affirmer la filiation nosologique entre ces tableaux cliniques et le groupe des pathologies limites ultérieures.

Ces enfants présentent des atteintes sévères, mais non totales, de la capacité à engager une relation émotionnelle ou sociale, des atteintes marquées de la faculté d'établir, de maintenir ou de développer certaines formes de communication (gestuelle, symbolique et verbale), des dysfonctionnements significatifs dans le traitement des diverses informations sensorielles (auditives, visuo-spatiales, tactiles, proprioceptives ou vestibulaires par exemple).

Inclure : Multi-System Developmental Disorders (MSDD) (classification Zero to three)

B4 Les états de stress

Entrent dans ce cadre les états où le stress constitue le facteur étiologique principal.

Ces états sont suspectés devant des remémorations plus ou moins angoissées, des cauchemars répétitifs, un comportement de détresse à l'occasion d'un rappel du traumatisme ou des reviviscences imprévisibles, on prendra en compte comme critère d'inclusion une baisse de réactivité ou une entrave au rythme du développement sur l'un au moins des critères suivants : accentuation du retrait social, restriction du champ des affects, régressions temporaires diverses, diminution ou réduction des activités ludiques habituelles.

On peut retenir également comme critères d'inclusion, différents symptômes d'augmentation de la vigilance (terreurs nocturnes, difficultés d'endormissement, réveils nocturnes, troubles de l'attention et de la concentration, hypervigilance et réaction de sursaut), ainsi que l'apparition soudaine ou progressive de symptômes qui n'existaient pas avant l'événement traumatique (agressivité, peurs, angoisses...)

B5 Hypermaturité et hyperprécocité pathologiques

Celles-ci concernent tout ou partie des registres cognitif, émotionnel ou social du développement de l'enfant. Elles peuvent se développer en secteurs (problèmes des surdons) ou au contraire de manière globale. Elles peuvent être ou non une réponse à une psychopathologie parentale.

B6 Distorsions du lien

On ne peut pas décrire, dans l'absolu, une qualité du lien qui serait dite normale . Seuls comptent en fait les aspects dynamique, ouvert et créatif du lien parent-enfant et notamment du lien mère-enfant dont il importe ainsi de prendre en compte de nombreuses possibilités de variations de la normale. Les distorsions du lien impliquent l'idée qu'une modalité particulière du lien devient prévalente, répétitive et monotone, imprégnant la relation adulte-enfant de telle sorte que celle-ci se fige en perdant alors tout degré de souplesse et de liberté.

On *inclura* pour l'instant les rubriques suivantes :

- contrôle intrusif
- relation adhésive
- troubles de la régulation (hypersensible, sous-réactive, impulsive, autre)
- relation chaotique (désorganisée, inclassable)

Retards d'acquisition divers

(dans le champ du développement psychomoteur, langagier, cognitif,...)

Se reporter à la catégorie 6 de l'axe I général.

CFTMEA

Troubles des grandes fonctions psychosomatiques

(sommeil, alimentation,...)

Rubrique à prendre en compte quand les troubles fonctionnels considérés ne s'intègrent pas dans un tableau dépressif caractérisé.

Se reporter aux catégories 7 ou 8 de l'axe I général.

© http://psydoc-fr.broca.inserm.fr:16080/biblo_bd/cftmea/cftmeabb.html

Dernière mise à jour : jeudi 3 mai 2001 16:59:56

[Dr Jean-Michel Thurin](#)